
BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FUNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO

ÉCHO MÉDICAL DU NORD

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ANNÉE 1903

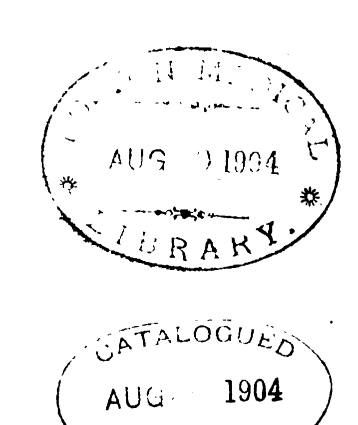
COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1903 :

AUSSET ; BERNSON (Mme) ; BERTIN ; BOUCHEZ ; BRASSART ; BRASSEUR ; BRÉHON ; BRETON ; CALMETTE ; CARLIER ; CASTELAIN ; CAUDRON ; CAUMARTIN ; CHARMEIL ; COMBEMALE ; CURTIS ; DAVRINCHE ; DEBEYRE ; DEBIERRE ; DEHON ; DELBECQ ; DELÉARDE ; DEMAN ; DHÔTEL ; DRUCBERT ; DUBAR ; DUBOIS (Charles) ; DUBOIS (RENÉ) ; FOLET ; GAUDIER ; GELLÉ ; GÉRARD (Ernest) ; GÉRARD (Georges) ; GONTIER DE LA ROCHE ; GUÉRIN ; HARDIVILLER (D') ; INGELRANS ; JACQUEY ; LAGUESSE ; LAMBRET ; LAPERSONNE (DE) ; LE FORT ; LERAT ; LOUBRY ; MANOUVRIEZ ; MONSARRAT ; MOTY ; OUI ; PAINBLAN ; POTEL ; RAVIART ; RAYBAUD ; SURMONT ; VASSEUR ; VERDUN ; VERAS ; WILLOT.



LILLE
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES
Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.

1903


AUG 1904
LIBRARY.
CATALOGUED
AUG 1904
J. F. B.

N° 312. Septième Année. N° 1. Le Numéro : 10 centimes. 4 Janvier 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1903

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La Maladie de Barlow est-elle une forme spéciale de rachitisme ou de scorbut infantile ?

Par le Dr **E. Ausset,** professeur agrégé, chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille.

C'est avec empressement que je saisis l'occasion de revenir ici sur cette question si importante de la nature étiologique et pathogénique de la maladie de BARLOW. Les faits apportés à la Société de Pédiatrie par M. THIERCELIN ; la discussion si intéressante de notre collègue NETTER, toujours marquée, comme à l'habitude, au sceau de sa remarquable érudition ; un autre cas de maladie de BARLOW, que j'ai observé il y a seize mois, vont me fournir l'occasion de rechercher à nouveau si cette curieuse affection n'est pas tout simplement une manifestation spéciale du rachitisme ou, si l'on veut, une complication de la gastro-entérite chronique, dont le rachitisme n'est en somme que l'aboutissant.

Je voudrais, après avoir rapporté ma nouvelle observation, examiner les cas relatés par M. THIERCELIN ; puis je reprendrai la communication de M. NETTER ; je rechercherai si, dans ses arguments, il nous a apporté la preuve indéniable que la maladie de BARLOW est une affection de nature scorbutique ; j'examinerai ensuite dans quelles conditions il est possible d'incriminer le lait stérilisé et, enfin, j'essaierai de vous proposer une théorie pathogénique de ce curieux syndrome.

Au mois de juin 1901, j'étais consulté dans mon cabinet pour une fillette de 11 mois, nourrie depuis sa naissance au lait de vache bouilli. On venait me trouver parce que ce bébé souffrait de ses quatre membres et qu'on ne pouvait le toucher sans qu'il poussât des cris déchirants.

L'enfant était pâle, considérablement anémiée, atteinte d'entérite depuis plusieurs mois ; on lui administrait son lait toutes les 2 heures, en général, mais aussi quand elle pleurait et avec des quantités exagérées dans chaque biberon ; ainsi, à 5 mois, par exemple, l'enfant buvait 9 biberons de 150 gr. de lait pur. Il y avait des

alternatives de diarrhée et de constipation. L'examen de l'enfant me montra un gros foie, une rate débordant légèrement les fausses côtes, de la micropolyadénopathie, une anémie intense, le teint blafard, les muqueuses décolorées. Il n'y avait pas de signe osseux de rachitisme, à peine un très léger ressaut costal, mais la fontanelle antérieure était encore très largement ouverte et très molle. Pas encore de dents. Depuis huit jours, cette enfant avait beaucoup maigri, refusait de prendre son lait et criait dès qu'on la touchait. En examinant les membres, je constatais une hyperesthésie considérable, mais particulièrement accentuée aux membres inférieurs et encore plus aux cuisses; en palpant, je trouvais au niveau du fémur droit, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, une tuméfaction dure, grosse comme un petit œuf et au niveau de laquelle la douleur était encore plus violente. Cette tumeur semblait former comme un manchon autour de l'os; elle était immobile et faisait absolument corps avec l'os. La peau et le tissu cellulaire était normale à son niveau. Pas de mouvements anormaux provoqués en palpant le fémur. L'enfant semblait comme paralysée de ses deux membres inférieurs.

Au niveau de l'humérus droit, tout à fait à la partie inférieure, tumeur présentant absolument les mêmes caractères que la tumeur fémorale, mais d'une dimension plus restreinte, à peine grosse comme une noix.

Sur le reste du squelette, exploré minutieusement, je n'ai trouvé aucune autre tumeur. Rien aux gencives (je rappelle que l'enfant n'avait pas de dents). Aucune tache purpurique sur le corps ; pas de mœlena.

Le diagnostic de maladie de Barlow s'imposait. J'instituai un régime alimentaire sevère, tout en *continuant* le lait *bouilli*. Je prescrivis du jus de citron et fis faire des grands lavages intestinaux.

Je n'ai plus revu l'enfant, mais, comme j'ai continué depuis à être le médecin de la famille, je puis raconter ce qui est advenu. Le bébé alla assez rapidement mieux, à tel point que, quatre jours après, il partait avec sa famille à Amiens, chez ses grands-parents. C'est là que, pris d'une crise aiguë de gastro-entérite très intense, il succomba, au commencement de juillet, avec des convulsions.

Voici donc une fillette qui, nourrie au lait bouilli, et non pas au lait stérilisé industriellement, fit de la maladie de Barlow. A mon avis, elle était bien rachitique, quoique n'ayant encore aucun signe osseux, si ce n'est la persistance d'une large fontanelle.

Voilà le nouveau cas que j'ai observé. Examinons maintenant les observations de M. Thiercelin.

Dans sa première observation, pour laquelle le diagnostic est tout-à-fait certain, je regrette de ne pas trouver mentionné l'état antérieur du squelette de cet enfant, pas plus, du reste, que l'état antérieur de ses voies digestives. On trouvera peut-être, comme moi, qu'un enfant de trois ans et demi, nourri exclusivement de lait stérilisé et de bouillies avec des farines de conserve, devait être un sujet avec un intestin de médiocre valeur. Mais je n'insiste pas, ne pouvant argumenter ce qui n'est pas signalé.

Dans l'observation n° 2, il s'agit bien d'un véritable cas de maladie de Barlow, mais, ici encore l'état du squelette n'est pas noté, sauf à l'avant-dernière ligne, où M. Thiercelin nous dit qu'il n'y avait pas de manifestation rachitique; mais cette phrase appartient à un paragraphe rédigé après coup, car l'auteur nous y informe qu'il a *suivi l'enfant* depuis sa maladie et que c'est alors qu'il n'a présenté aucune manifestation rachitique. J'aurais évidemment préféré entendre la constatation de l'absence de ces signes au moment où l'enfant fit sa maladie de Barlow. Car c'était un bébé bien mal nourri, ayant souvent de la diarrhée, des vomissements, ayant souffert très fréquemment, ajoute M. Thiercelin, de troubles gastro-intestinaux. On n'est guère habitué à voir de ces entérites chroniques qui n'amènent pas de signes de rachitisme, tant légers soient-ils.

Pour l'observation n° 3, je lui refuse absolument le cachet authentique de la maladie de Barlow, pas même d'un cas fruste. Comme seul symptôme morbide, dit M. Thiercelin, il n'y a que des cris que l'enfant pousse quand on le touche ; je crois que cela n'est pas tout-à-fait suffisant pour penser à la maladie de Barlow. En réalisant cette observation j'y trouve noté que l'enfant était *bouffi* et *anémié* ; c'est là un aspect assez commun chez les rachitiques, ou tout au moins chez les enfants alimentés d'une façon défectueuse, surtout chez ceux suralimentés. Cet enfant ne faisait-il pas du rachitisme, encore inappréciable cliniquement, du côté des os ? Nous ne pouvons le dire, car il n'y a aucun renseignement sur la façon dont son alimentation était guidée ; on nous dit simplement qu'il était nourri au lait stérilisé, en ajoutant toutefois que, pendant trois mois, il avait pris du lait cru. Je laisse à penser dans quel état était l'intestin de cet enfant d'ouvrier nourri avec le lait cru acheté dans les crêmeries de Paris. A mon avis et de l'aveu de Barlow lui-même, les hématomes multiples et les lésions gingivales, quand l'enfant a des dents, sont les signes les plus certains de la maladie de Barlow. Autrement, on peut soupçonner, mais sans avoir le droit de l'affirmer, qu'on se trouve en présence de ce syndrôme.

Quant à l'enfant qui fait le sujet de l'observation 4, je me hâterai de dire qu'elle doit être née sous une heureuse étoile, car elle n'a jamais présenté aucun trouble digestif, et, cependant, écoutez comment à vingt-six mois elle est nourrie : Le matin, au réveil, une bouillie de phosphatine. A dix heures, un biberon de lait pasteurisé ; à midi, une bouillie de phosphatine et un ou deux œufs à la coque sans pain ; à deux heures, un biberon ; à quatre heures, un biberon ; à sept heures, une bouillie de phosphatine ; à neuf heures, un biberon. Au total, sept repas faits en une quinzaine d'heures, quatre liquides et trois solides, dont un copieux (bouillie et deux œufs), suivi deux heures après d'un repas liquide. Nous ne sommes pas habitués, n'est-il pas vrai, à une telle résistance intestinale, et c'est vraiment merveilleux de voir qu'une telle enfant avait un intestin normal et aucune tare rachitique ! En revanche, elle fit une maladie de BARLOW, nous dit M. THIERCELIN, laquelle se serait caractérisée par un empâtement au niveau de l'extrémité supérieure des deux fémurs et une petite tache de la dimension d'une lentille près de la deuxième petite molaire. Si cette petite tache peut, à la rigueur, être considérée comme appartenant au syndrôme de BARLOW, je ne vois pas dans l'empâtement simplement noté la caractéristique de l'hémorrhagie sous-périostée. L'hématome sous-périosté, habituellement net, dur, justement sans empâtement, diffère très sensiblement de cet empâtement vague, sur lequel nous sommes assez mal renseignés, puisque M. THIERCELIN ne nous donne aucune idée de sa forme, de sa consistance, de ses limites, etc.

Pour ce qui est de l'observation 5, je lui refuse également les caractères propres à la maladie de BARLOW. Cet enfant de 7 ans me paraît avoir fait une septicémie hémorrhagique d'origine gastro-intestinale. C'était vraisemblablement quelque chose de semblable au véritable scorbut de l'adulte, et le tableau clinique est bien différent de ce que nous sommes habitués à rencontrer dans ce que l'on appelle le scorbut infantile. Il est vrai que, pour ceux qui considèrent les deux affections comme identiques, notre distinction n'a aucune valeur.

A la suite de ces cinq observations, M. THIERCELIN veut bien ne pas condamner le lait stérilisé, mais il lui préfère le lait frais, c'est-à-dire, si je le comprends bien, le lait cru, car la simple ébullition détruit aussi les ferments antiscorbutiques. Il me permettra de ne pas le suivre dans cette voie ; les méfaits de l'allaitement artificiel, avant l'emploi de la stérilisation du lait, sont encore trop présents à mon esprit pour que je veuille y exposer mes petits clients.

Enfin, M. THIERCELIN ajoute que, dans aucune de ces cinq observations, il n'y avait pas trace de rachitisme ; nous verrons tout à l'heure à nous entendre sur ce point.

Mais j'ai hâte d'arriver à l'important mémoire de M. NETTER ; la grande valeur de son étude m'autorise à vous demander de m'excuser d'être plus long, dans mon argumentation, que je ne l'aurais voulu dans d'autres circonstances.

Trois grands points sont à relever dans le travail de M. NETTER : 1° sa discussion, qu'il a faite courte parce qu'il considère la chose comme jugée, tendant à démontrer que le scorbut infantile n'est pas du rachitisme ; 2° le lait stérilisé serait souvent la cause des accidents ; 3° l'interprétation qu'il nous donne pour expliquer la nocivité de ce lait stérilisé. Je vais m'efforcer de lui répondre sur tous ces points.

Mais, auparavant, je tiens absolument à ce que nous soyons bien d'accord sur ce que nous entendons dire les uns et les autres quand nous écrivons qu'un enfant présente ou ne présente pas de tares rachitiques. Si vous ne considérez comme rachitiques que les enfants qui ont les déformations osseuses cliniquement appréciables, visibles ou palpables, le chapelet costal, les nouures épiphysaires, etc..., je suis de votre avis quand vous écrivez que souvent on ne constate pas de rachitisme chez nos petits scorbutiques, et nous considérerons ensemble que la fillette dont j'ai rapporté l'observation au début de ce mémoire n'était pas rachitique. Mais je pense bien que vous n'attendez pas ces signes osseux pour diagnostiquer le rachitisme, et j'affirme que ma petite malade, qui, comme signes osseux visibles, n'avait que la large persistance de sa fontanelle, était une rachitique. Avant que les signes osseux macroscopiques se manifestent, il se fait un travail de dénutrition au sein des divers tissus, des divers organes, travail qui précède de beaucoup l'apparition des lésions osseuses.

M. COMBY, dans son beau traité du rachitisme, a bien étudié, un des premiers, que beaucoup d'autres signes précédaient cette période osseuse. C'est l'estomac qui se dilate : l'intestin qui s'allonge et se dilate également ; le foie qui s'hypertrophie et parfois devient graisseux ; la rate qui déborde les fausses côtes ; les ganglions

périphériques qui se gonflent ; les muscles qui s'atrophient et présentent une mollesse considérable, allant jusqu'à donner de la pseudo-paralysie ; le sang qui est altéré dans sa richessse globulaire et dans sa teneur en hémoglobine. Tous les organes sont atteints et, cependant, les os ne manifestent pas encore leur souffrance, ou du moins on ne le constate pas cliniquement. Et si nous considérons les os eux-mêmes, n'allons-nous pas aussi constater qu'ils sont très altérés avant que ces altérations se soient manifestées de façon à être visibles et palpables à un seul examen clinique. Dans la première période, alors que l'enfant ne présentait encore que les signes viscéraux notés plus haut, si on examine ces os, on trouve que, si la forme est intacte, la consistance est moindre, « le périoste est épaissi, vascularisé, adhérent à la surface osseuse, qui paraît inégale et raboteuse.... Sur une coupe longitudinale, on voit que le tissu est moins compact qu'à l'état physiologique, que ses aréoles sont dilatées et remplies par une matière sanguinolente, analogue à de la gelée de groseille.... Ce qui caractérise cette période, c'est la vascularisation, la congestion du périoste et des os, le ramollissement, la fragilité et la diminution du poids « (Comby) ».

Or, ces lésions existent alors que, macroscopiquement, en clinique, il n'apparaît rien d'anormal sur les os. Qui affirmera que les enfants chez lesquels on a noté des troubles gastro-intestinaux chroniques, mais qui ne présentaient pas encore des déformations osseuses, n'étaient pas des rachitiques seulement arrivés à cette première période? Si, au lieu de rechercher les signes osseux du rachitisme notés comme absents ou présents dans les observations de maladie de Barlow, M. Netter veut bien, avec moi, rechercher ceux qui présentaient des troubles digestifs chroniques, il se convaincra rapidement que, dans la plus grande majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ces troubles sont notés ou sont passés sous silence ; l'examen détaillé des observations permet d'affirmer qu'ils devaient exister ; et, pour ne parler que des observations de M. Thiercelin, qui ont soulevé cette discussion, je trouve cette gastro-entérite chronique dans des cas où il ne note pas de rachitisme *apparent* ; je trouve une alimentation *extraordinairement* vicieuse dans un cas où l'état intestinal n'est pas noté comme mauvais (!!) et je dis que ces enfants étaient des rachitiques n'ayant pas encore de lésions osseuses *apparentes*. Je considère donc comme un rachitique tout enfant qui, atteint de troubles digestifs chroniques, présente, sans signe osseux visible, tous les symptômes bien étudiés par Comby, que je résumais tout-à-l'heure.

M. Netter n'a pas été impressionné par les examens anatomo-pathologiques contenus dans mon mémoire (Archives de médecine des Enfants, 1899) et dans la thèse de mon élève, Mlle Celse, parce que, mon malade présentant tous les signes du rachitisme, il n'est pas surprenant qu'on ait trouvé dans ses os les lésions histologiques de cette affection. Je lui ferai remarquer que l'examen histologique fut fait au niveau d'os ne présentant aucune altération *macroscopique* pendant la vie, que je me suis placé ici dans les conditions les plus mauvaises, puisque cet os semblait sain cliniquement, et que, d'autre part, j'y ai justement trouvé les lésions de vascularisation et de congestion périostique du début de la période *osseuse* du rachitisme.

M. Netter nie la parenté du scorbut infantile avec le rachitisme parce que, dans un tiers des cas, ce rachitisme n'est pas signalé et que, sur 9 des observations françaises publiées, on mentionne *explicitement* l'absence de déformations rachitiques. Outre que je lui ferai observer que les cas où le rachitisme est noté sont, de son aveu, bien plus nombreux que ceux où on le note comme absent, je lui répéterai encore que, sur ces 9 cas, les troubles digestifs chroniques me permettent de supposer, j'allais dire d'affirmer, que le rachitisme existait sans être appréciable encore *cliniquement* du côté des os. L'anémie, la pâleur, les entérites chroniques que l'on signale chez les enfants nous autorisent à conclure ainsi, sans compter qu'on a omis de nous dire ce qu'étaient le foie, la rate, les ganglions périphériques, etc...

Je ne voudrais pas reproduire ici tous les arguments cliniques que j'ai donnés dans mon mémoire de 1899 ; ce serait allonger inutilement le débat. M. Netter me permettra bien toutefois de lui en signaler quelques-uns qui lui ont peut-être échappé, car il ne les a pas réfutés.

Je trouve toujours surprenant qu'on veuille assimiler au scorbut de l'adulte le syndrôme de Barlow, qui évolue d'une façon si dissemblable. En effet, quand un adulte est privé d'aliments antiscorbutiques, très rapidement apparaissent les manifestations scorbutiques, en quelques semaines au plus, c'est-à-dire que le scorbut apparaît chez les adultes relativement assez rapidement après la privation des aliments dits antiscorbutiques. Or, voici des enfants qui, pendant des

mois et des mois, des années quelquefois (rien que dans les observations françaises il y a quatre enfants au-dessus de deux ans, six au-dessus de un an), sont alimentés avec des aliments conservés, sont privés d'aliments antiscorbutiques, et ce n'est que si tardivement qu'on voit se manifester les accidents. Est-ce ainsi que procède le scorbut ? Je ne le crois pas. En revanche, c'est ainsi que procède le rachitisme, qui n'apparaît que lorsque l'intoxication a été prolongée et a pu, par sa prolongation, vicier la nutrition générale et enrayer l'évolution normale de tous les tissus.

D'autre part il existe des cas indiscutables où les enfants atteints de maladie de Barlow étaient nourris avec des aliments dits antiscorbutiques. Le petit malade de M. Chalmet, dont j'ai rapporté l'observation en 1899, fut alimenté au sein de sa mère avec addition de lait stérilisé, jusqu'à neuf mois ; puis, au moment où les accidents scorbutiformes sont apparus il mangeait, outre son lait stérilisé, des œufs et des légumes frais à la table commune. Il n'était pas privé d'aliments dits antiscorbutiques, celui-là, puisqu'il mangeait justement ces légumes frais, dans l'absence desquels on a voulu voir la cause de l'apparition du scorbut chez les adultes. Mais, en revanche, dès l'âge de trois mois, il avait été suralimenté, prenant non seulement le sein de sa mère et du lait stérilisé, mais encore deux petites bouillies par jour. Aussi les accidents gastro-intestinaux n'avaient pas tardé à s'installer ; il était en proie à des alternatives de diarrhée et de constipation et à seize mois, alors qu'on le mettait à la table commune, apparut la maladie de Barlow.

Par la clinique, par la statistique, par l'évolution des accidents, par l'examen minutieux des antécédents intestinaux des enfants et sur le bénéfice de cette observation admise par tous, je pense qu'il n'est pas besoin d'avoir des déformations osseuses appréciables à la vue ou au toucher pour être rachitique ; je crois, contrairement à M. Netter, que la maladie de Barlow a une parenté étroite avec le rachitisme. Le rachitisme osseux n'est pas une entité morbide ayant son individualité propre ; c'est l'aboutissant de la gastro-entérite chronique, c'est l'aboutissant d'une dystrophie générale produite par l'intoxication gastro-intestinale. Le rachitisme osseux n'est pas plus une entité morbide que l'arthropathie hypertrophiante pneumique, par exemple. Il y a des tuberculeux, des dilatés des bronches qui n'ont pas ou qui n'ont que peu de déformations des phalanges ; ces déformations ne viennent qu'à la longue. Il en est de même pour le rachitisme osseux ; il est viscéral avant d'être osseux, et, parce que l'on ne constate pas de déformations osseuses, on n'a pas le droit de dire qu'un enfant n'est pas rachitique. Si donc l'on veut bien tenir compte de cette remarque, primordiale en l'espèce, on reconnaîtra peut-être avec moi que, tous ou presque tous les enfants atteints de maladie de Barlow étant des enfants entachés de troubles digestifs prolongés ou chroniques, c'est-à-dire de troubles dont les déformations osseuses ne sont que l'ultime étape, tous ces enfants sont des rachitiques, avec ou sans déformations osseuses. Et, dès lors, la coïncidence constante des deux affections impliquera l'idée qu'il y a entre elles un lien de parenté.

Je concluerai donc, sur cette partie de ma communication, que la maladie de Barlow est une manifestation hémorrhagique du rachitisme ou, si l'on préfère, que c'est une complication hémorrhagique du rachitisme, mais de même nature que ce rachitisme, c'est-à-dire d'origine toxi-infectieuse gastro-intestinale. J'essaierai tout-à-l'heure d'expliquer la pathogénie de ces accidents hémorrhagiques.

Une fois cette proposition admise, il ne restera plus qu'à démontrer que le lait stérilisé ne cause pas le rachitisme. Je l'ai suffisamment fait dans ma communication à cette même société (mai 1902) pour avoir besoin d'y revenir maintenant. Aussi serai-je très court sur ce point.

Je ne suis pas du tout impressionné par les multiples documents apportés par M. Netter, tendant à incriminer le lait stérilisé. Alors que M. Variot, qui a manié le lait stérilisé industriellement chez des centaines et des centaines d'enfants, nous affirme ne l'avoir jamais vu causer la maladie de Barlow, M. Netter lui objecte la grande enquête américaine portant 379 cas ; or, 84 enfants seulement étaient alimentés exclusivement au lait stérilisé ou pasteurisé. Et encore il semblerait, d'après la pathogénie des accidents hémorragiques que va admettre tout-à-l'heure M. Netter, que la pasteurisation devait trouver grâce devant lui. Mais admettons ces 84 cas, cela fait environ 22 0/0. Dans le beau travail de Von Starck, 67 cas sont recueillis ; 18 étaient dus, dit M. Netter, au lait stérilisé, soit 26 0/0 ; sur les 23 observations françaises, 9, d'après M. Netter, sont dus à l'usage du lait stérilisé, soit 39 0/0. Ces trois statistiques nous donnent 469 cas avec 111 enfants

nourris au lait stérilisé, soit du 23,6 0/0. Il y a donc, d'après les statistiques invoquées par M. NETTER lui-même, beaucoup plus de cas où les enfants atteints de maladie de BARLOW prenaient autre chose que du lait stérilisé ou n'en prenaient pas du tout. Ce n'est pas avec de tels chiffres que l'on peut conclure à la nocivité de tel ou tel aliment. On pourrait facilement retourner l'argument à M. NETTER et lui dire : tout-à-l'heure vous constatiez que, dans un tiers des cas, on ne note pas le rachitisme, et vous en concluez que la maladie de BARLOW n'a, par suite, rien de commun avec ce rachitisme ; vous nous permettrez bien de dire que puisque, d'après les statistiques, on n'incrimine pas le lait stérilisé dans plus des trois-quarts des cas, ce lait stérilisé n'a rien à voir dans la genèse de la maladie. Mais ce n'est pas avec des raisons aussi peu péremptoires que nous voulons chercher à entraîner la conviction.

Comme je l'ai dit dans ma communication de mai 1902, sur les relations entre le rachitisme et le lait stérilisé, ce n'est pas cet aliment qui cause le rachitisme, c'est son emploi défectueux. Certes, avec l'allaitement au lait stérilisé, les fautes sont plus faciles à commettre et c'est ce qui explique la fréquence relative des troubles gastro-intestinaux chez les enfants ainsi nourris ; d'autre part, il est bien certain que le lait stérilisé est un lait mort, qui a subi en outre des modifications chimiques et moléculaires importantes ; sa digestion sera d'autant plus longue et pénible que l'enfant est jeune et ne possède pas encore dans son organisme les ferments digestifs et nutritifs, zymases et trocho-zymases, que les sécrétions internes, à peine ébauchées chez lui, fabriquent en vue des digestions et de la nutrition. Aussi, si l'administration de ce lait stérilisé n'est pas parfaitement réglée et surveillée, observera-t-on facilement des accidents.

Et j'arrive maintenant aux hypothèses de M. NETTER, concernant le mécanisme par lequel le lait stérilisé pourrait amener la maladie de BARLOW.

Il est très vraisemblable que le scorbut de l'adulte n'est autre chose qu'une véritable septicémie ou une toxémie hémorragique, correspondant à une toxi-infection d'origine alimentaire. Ou bien, ce qui est possible, les individus, en ne se nourrissant que d'aliments conservés ont une modification spéciale et encore inconnue de leur chimisme gastrique et intestinal, et les microbes exaltant leur virulence, traversent l'intestin et vont causer la septicémie hémorrhagique ; ou bien les aliments conservés ont été mal stérilisés ou souillés ultérieurement, et on assiste à des intoxications à forme hémorragique absolument analogues à celles que l'on observe au cours des divers cas d'empoisonnement par les viandes de conserve. — A mon sens, le scorbut est une pasteurellose, et, ce qui semble le prouver, c'est que, dans cette affection, les accidents se déroulent d'une façon tout-à-fait similaire à ce que l'on observe dans les diverses septicémies hémorragiques des animaux, telles que la pleuropneumonie septique des jeunes veaux, le choléra des poules, la maladie des jeunes chiens ; or, ces septicémies sont des pasteurelloses. C'est là l'opinion, encore inédite, mais qu'il a bien voulu nous exposer, de notre distingué collègue, le professeur A. CALMETTE. Le professeur LEWINE, de St-Pétersbourg, a retiré du foie et de la rate de malades scorbutiques un microbe analogue à ceux qu'on rencontre dans les pasteurelloses.

Je pense donc que le scorbut est une pasteurellose et se produit, soit sous l'influence des pasteurelles, saprophytes de nos voies digestives, exaltant leur virulence à la faveur d'une modification du chimisme gastro-intestinal occasionné par une alimentation vicieuse ; soit que ces pasteurelles, très répandues partout, soient ingérées avec certains aliments de conserve accidentellement altérés.

Et si l'on veut bien admettre cette hypothèse, qui prend corps tous les jours et qui, j'en suis sûr, n'est pas loin d'être démontrée, on va immédiatement concevoir d'une part quels liens étroits unissent le rachitisme et la maladie de BARLOW et, d'autre part, comment il est possible que ce syndrome fasse son apparition après une alimentation avec du lait stérilisé.

Tous les adversaires les plus ardents de la nature rachitique de la maladie de BARLOW sont unanimes à reconnaître que, dans tous ou presque tous les cas, même lorsqu'il n'y a pas de déformation osseuse, il existe des troubles digestifs chroniques. Chez ces enfants atteints d'entérite, le chimisme gastro-intestinal est profondément modifié, les microbes pullulent tour à tour virulents et saprophytes ; à un moment donné, il est bien permis de penser que les pasteurelles, qui doivent y abonder également, puissent traverser la paroi intestinale, se répandre dans le sang et causer une véritable septicémie hémorragique ; je l'appelle rachitisme hémorragique parce que je considère que c'est à la faveur de ce rachitisme que s'est produit l'accident scorbutiforme et parce que, si l'on

veut bien considérer surtout dans les rachitiques des enfants atteints de gastro-entérite chronique, cette dénomination a l'avantage de donner de suite une notion pathogénique de la maladie. Mais, si l'on veut bien admettre notre explication, je ne vois aucun inconvénient à ce que l'on conserve l'appellation de scorbut infantile, étant bien entendu que ce scorbut apparaît chez les enfants atteints de troubles digestifs chroniques.

Je conçois alors que quelquefois le lait stérilisé puisse être incriminé, d'abord parce que les fautes sont, avec lui, plus faciles à produire, parce que, si son administration n'est pas très bien réglée, sa digestion sera pénible et lente et donnera naissance à des produits de fermentation, causes premières de la gastro-entérite. Et puis il faut bien dire que, dans certains cas ou la stérilisation n'est pas bien faite, ou le lait a été accidentellement souillé après la stérilisation, ou le lait était déjà altéré avant la stérilisation, cette dernière ayant été opérée trop tardivement. Il n'est pas rare de rencontrer des flacons de lait stérilisé industriellement qui possèdent une odeur infecte et qui sont impropres à la consommation, se trouvant absolument dans les conditions d'une viande de conserve avariée ; ces altérations peuvent être la cause d'une septicémie ou d'une toxémie hémorragique, c'est bien là la meilleure condition d'apparition d'une pasteurellose.

M. Netter voit dans les modifications imposées au citrate de chaux du lait par la stérilisation des conditions très favorables à l'apparition du scorbut. Je me permettrai d'abord de lui faire remarquer que, d'après le tableau même de Corbette, un lait stérilisé possède encore 0 gr. 38 d'acide citrique, 0 gr. 57 de citrate alcalin, très soluble lors de la réfrigération. Or, le lait de femme renferme à peine 0 gr. 50 d'acide citrique par litre; cette dose de 0 gr. 30, qui reste dans le lait de vache stérilisé nous paraîtrait donc tout à fait suffisante.

Mais je ne crois pas que les citrates alcalins jouent dans le lait le rôle antiscorbutique que M. Netter leur attribue. Il conclut de ce fait que l'acide citrique administré aux scorbutiques fait disparaître les accidents morbides, que les citrates alcalins ont un rôle antiscorbutique et que c'est leur altération qui rend en partie le lait stérilisé scorbutigène. Or, je crois que M. Netter s'est un peu mépris sur le rôle de ces citrates alcalins et particulièrement du citrate de chaux. Le rôle de ces sels est purement physique. Briot (Thèse de la Sorbonne, 1900), dans sa thèse sur la présure et l'antiprésure, a bien montré que la présence des divers sels dans le lait, chlorure de sodium, oxalates, phosphates, citrates, agissait surtout sur le phénomène purement physique de la coagulation. On sait que dans le lait existe une certaine quantité de phosphate de chaux, dont une partie est en dissolution et l'autre non point en suspension, mais plutôt à l'état colloïdal ; la présence de ces sels de chaux solubles est nécessaire pour la coagulation de la caséine. Or, c'est justement la présence de ce citrate alcalin dans le lait qui, grâce à l'action adjuvante du lactose, maintient le phosphate de chaux en solution dans le lait, et par suite facilite la coagulation de la caséine, coagulation qui, comme je l'ai dit, ne peut se faire que s'il existe des sels de chaux solubles. En résumé, il paraît acquis, d'après les travaux récents, que le rôle des citrates alcalins est un rôle purement physique, intéressant simplement la formation plus ou moins rapide du coagulum du lait.

Et pourtant, me dira-t-on, l'acide citrique agit d'une façon indéniable au cours du scorbut et de la maladie de Barlow. Certes, oui, il agit, mais non comme aliment antiscorbutique ; il agit efficacement parce que c'est un antiseptique assez puissant et que, puisque nous nous trouvons ici en face d'une toxi-infection d'origine gastro-intestinale, tout antiseptique intestinal ne pourra être qu'efficace. Voilà, à mon avis, le secret du succès de l'acide citrique et du jus de citron

Je crois que, si l'on veut chercher dans la composition intime du lait stérilisé l'explication de sa digestibilité, certainement moindre que celle du lait de femme ou du lait pasteurisé, on la trouvera plus aisément dans l'atteinte mortelle portée aux divers ferments du lait par son échauffage à une température très élevée. On sait aujourd'hui qu'il existe dans le lait des différentes espèces animales des ferments solubles, des zimases, les unes spéciales à chaque espèce d'animal, les autres communes à tous les laits. Le rôle exact de ces ferments n'a pas encore été bien nettement précisé, mais il est certain qu'ils ont une action des plus manifestes dans les actes de la digestion et de la nutrition. — Or, ces ferments sont détruits par les températures dépassant 75° ; quelques-uns même sont altérés à 70°. La stérilisation rend donc inerte le lait et lui enlève ces ferments qui semblent avoir un rôle bien important dans les actes digestifs et nutritifs du nourrisson, particulièrement dans les premiers mois de la vie.

Eh bien, je me demande si ce n'est pas en ce point que réside l'infériorité relative du lait stérilisé et si ce n'est pas l'inertie de ce lait qui est la cause qu'avec les moindres fautes, les moindres négligences, on voit apparaître les troubles gastro-intestinaux, et si ce n'est pas l'état de « mort » de ce lait, qu'on me permette l'expression, qui rend sa digestion plus lente et plus pénible et, par conséquent, qui amène plus aisément avec son emploi l'apparition de fermentations putrides dans le tube gastro-intestinal.

Il faudrait pouvoir priver le lait des germes nocifs tout en lui conservant sa vitalité, qu'il doit aux ferments solubles qu'il contient.

Dans l'état actuel de la science, la pasteurisation semble être le seul procédé capable de conserver au lait ses qualités de liquide « vivant ». Malheureusement, ou bien les procédés de refroidissement rapide employés ne sont pas pratiques ou, si le refroidissement est lent, le lait, en se refroidissant, passe par des températures tout-à-fait engévésiques pour les microbes dont les spores n'ont pu être touchées par les températures relativement peu élevées auxquelles elles sont soumises. Il faudrait trouver un procédé pratique de refroidissement brusque. Or, je saisis l'occasion de signaler à la Société de Pédiâtrie, que depuis le commencement d'octobre, je dirige à St-Pol-sur Mer une consultation de nourrissons, dite « Goutte de lait », où l'on distribue aux enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère du lait pasteurisé à 75° et refroidi brusquement. L'Œuvre a été montée par M. G. Vancauwenberghe, maire de St-Pol, le philanthrope bien connu, qui a doté la région du Nord d'un superbe sanatorium marin et qui vient encore une fois, par la fondation de cette « Goutte de lait », de montrer qu'il ne cesse jamais de penser et d'agir en faveur des malheureux. A cette Goutte de lait, nous avons adopté un procédé réellement remarquable de pasteurisation avec refroidissement brusque, imaginé par M. Coutant, ingénieur, et qui nous donne déjà de très beaux résultats. Nous assistons une centaine d'enfants, parmi lesquels des atrophiques, dont un, à 5 mois, pesait 2 kil 800. — Ces enfants renaissent véritablement à la vie. Ce procédé de pasteurisation consiste à porter le lait à 75° dans de la vapeur d'eau bouillante ; les flacons ne touchent pas à l'eau. Puis, en sortant les bouteilles de l'appareil à pasteuriser, on les plonge instantanément dans de l'eau à 10° ou 12°, dans de l'eau glacée si l'on veut. M. Coutant a trouvé un verre spécial pour ses bouteilles, qui fait que pas une seule ne casse pendant cette immersion.

Je ne doute pas que l'avenir ne continue à nous démontrer que nous possédons là un procédé de conserver au lait ses propriétés de liquide « vivant », tout en étant privé des germes microbiens qu'on doit faire disparaître avant de donner le lait à un enfant. S'il plaisait à quelques-uns d'entre vous, Messieurs, de venir voir fonctionner la consultation de nourrissons de St-Pol-sur-Mer (elle a lieu tous les dimanches à 9 heures), M. Vancauwenberghe et moi serions très heureux et très honorés de vous y recevoir ; vous pourriez vous rendre compte, de visu, de l'application en grand d'un procédé appelé, si je ne m'abuse, à rendre de très grands services à l'allaitement des bébés.

Je tirerai de cette longue communication les conclusions suivantes :

1° Tous les enfants atteints de maladie de Barlow sont des sujets alimentés d'une façon défectueuse et atteints la plupart, pour ne pas dire tous, de troubles gastro-intestinaux chroniques. Cette gastro-entérite chronique traduit aussi l'existence du rachitisme, présent incontestablement avant l'apparition des déformations osseuses. Ceux chez lesquels on ne constate pas cliniquement de lésions osseuses sont des malades dont la gastro-entérite n'est pas encore assez ancienne pour avoir eu le temps de produire les déformations du squelette, mais tous sont des rachitiques, les uns avec déformations, les autres sans déformations osseuses ;

2° La coexistence du rachitisme, ainsi considérée avec la maladie de Barlow, ne peut pas ne pas faire penser à une parenté étroite entre les deux maladies. Les preuves cliniques, anatomiques et étiologiques nous démontrent encore cette identité ;

3° La maladie de Barlow est une forme hémorragique du rachitisme ; c'est vraisemblablement une pasteurellose, comme d'ailleurs le scorbut de l'adulte. Ce qui ne veut pas dire que les deux scorbuts soient identiques. Les septicémies hémorragiques des animaux sont aussi des pasteurelloses, et il ne vient à l'idée de personne de les assimiler au scorbut ;

4° Le lait stérilisé ne peut être la cause directe de la maladie. C'est son mauvais emploi, son abus ou son adultération qui produisent les accidents. Mais le syndrome de Barlow se produit bien plus aisément

avec les aliments, les farines de conserve, qui sont souvent mal stérilisées ;

5° Les citrates alcalins contenus dans le lait n'ont qu'un rôle physique à jouer en vue de la coagulation caséine, et il n'y a aucun rapport à établir entre leur présence dans le lait et l'action si évidente de l'acide citrique contre les accidents scorbutiques ou scorbutiformes. L'acide citrique n'agit que comme antiseptique, et il ne faut trouver dans ce fait aucun argument valable pour tirer de cette action thérapeutique une preuve en faveur de la nature scorbutique de la maladie de Barlow ;

6° Si le lait stérilisé est d'une digestibilité moindre que le lait pasteurisé et le lait de femme, c'est parce qu'il a perdu par son surchauffement les ferments solubles qui y existent à l'état normal. Il convient donc d'étudier attentivement les divers procédés de pasteurisation qui sont susceptibles de ne pas altérer ces ferments et de conserver au lait ses qualités de liquide « vivant », le rendant ainsi beaucoup plus digestif.

Consultations Médico-Chirurgicales

Hydrocèle de la tunique vaginale

Professeur Carlier.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un adulte se présente avec tumeur des bourses qui s'est développée lentement, qui est indolente, fluctuante, lisse, irréductible et transparente ; il porte une *hydrocèle commune de la tunique vaginale.*

Un autre porte une tumeur présentant les caractères précédents, mais partiellement ou entièrement réductible ; c'est une *hydrocèle congénitale.*

Comme la transparence est le signe pathognomonique de l'hydrocèle, il est essentiel de savoir la rechercher. Dans ce but, examinez le malade dans un milieu obscur, voire même lors d'hésitation pour le diagnostic, dans une chambre noire. Faites coucher le malade et appliquez la surface plane d'un stéthoscope sur la tumeur préalablement tendue et pédiculée avec la main. A défaut d'un aide, priez le malade de tenir d'une main, du côté opposé et aussi près que possible de la tumeur, une lumière quelconque, bougie, rat de cave, au besoin une allumette-bougie ; qu'il fasse lui-même écran avec l'autre main appliquée par son bord radial sur le haut du scrotum. Regardez par l'autre extrémité du stéthoscope. Constatez la transparence, appréciez-en approximativement les qualités dans les différents points de la tumeur. Une transparence parfaite indique en général que la vaginale a conservé sa minceur et sa souplesse. Une transparence à peine perceptible, même dans la chambre noire, est en rapport avec un épaississement marqué des parois de la poche ou avec une transformation de l'hydrocèle en hydro-hématocèle.

Recherchez aussi avec soin l'ombre due à l'opacité du testicule. Cette ombre est le plus souvent située à la partie postérieure et inférieure de la tumeur liquide. Une ombre placée en avant dénote une inversion testiculaire, que vous retrouverez peut-être sur le côté opposé.

INDICATIONS CLINIQUES. — L'hydrocèle reconnue, deviennent matière à intervention spécialement hâtive, à précautions opératoires, à choix du mode de traitement : *a*) le volume, ordinairement en rapport avec son ancienneté ; *b*) l'état des parois : une tumeur molle, dépressible, fluctuante indique une altération peu marquée de la séreuse ; des sensations de tension, d'élasticité, de rénitence, sont en général en rapport avec un épaississement uniforme et notable de la vaginale (hydrocèle ancienne) ; *c*) l'irréductibilité ou la réductibilité ; *d*) l'existence ou l'absence d'une hernie ; *e*) les traitements subis antérieurement. Est-ce une hydrocèle récidivée ou vierge de tout traitement chirurgical ?

TRAITEMENT. — Il n'y a pas de traitement médical de l'hydrocèle de la tunique vaginale. Le traitement chirurgical comporte deux modes : A. La ponction suivie de l'injection irritative ; B. La cure radicale.

La cure radicale donne toujours des résultats qu'on ne peut mettre en balance avec ceux de la ponction. Il convient d'avoir très rarement recours à la ponction suivie d'injection irritative ; l'inversion de la vaginale apparaît volontiers comme une opération de petite chirurgie.

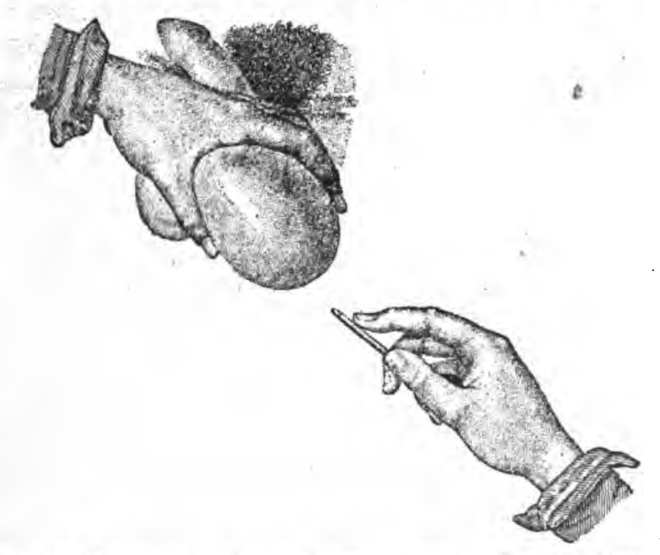
A. PONCTION SUIVIE DE L'INJECTION IRRITATIVE (injection iodée). — **Instruments et soins préopératoires.** — Les instruments nécessaires sont : un trocart droit de trois millimètres de diamètre, de préférence avec une canule à robinet, et un petit entonnoir en verre ou en gomme durcie muni d'un tube de caoutchouc de 20 à 25 centimètres de longueur et qui puisse s'adapter facilement au pavillon de la canule. **La seringue à hydrocèle est peu recommandable** ; cet instrument est d'un fonctionnement le plus souvent défectueux et expose à l'injection du liquide irritant dans le tissu cellulaire des bourses.

La teinture d'iode pure est le liquide irritant le plus ordinairement employé, mais l'injection étant extrêmement douloureuse, il faut préalablement anesthésier la vaginale. Dans ce but, munissez-vous de trois à quatre

centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, à dissoudre dans 15 ou 20 grammes d'eau bouillie qu'on additionnera ou non d'une petite quantité de chlorure de sodium.

Trocart, entonnoir et tube de caoutchouc seront aseptisés par un séjour de cinq à dix minutes dans l'eau bouillante ; les précautions d'asepsie pour la peau des bourses et les mains de l'opérateur seront minutieuses.

Opération. — *1° Ponction et évacuation.* — La position du testicule a été reconnue lors d'un examen antérieur. Comme la glande est presque toujours en bas, en dedans et en arrière, c'est nécessairement en avant qu'il faut ponctionner. En cas d'inversion antérieure, la ponction se ferait en arrière. Placez-vous donc à la droite du malade. De la main gauche tendez fortement la peau du scrotum comme pour énucléer la tumeur et tendre ainsi les téguments au maximum. Saisissez alors le trocart de la main droite, et limitez avec l'index la portion de trocart que vous laisserez pénétrer dans la tumeur, en



général deux ou trois centimètres sont suffisants. Reconnaissez la position du raphé scrotal pour ne pas ponctionner inutilement à travers la cloison, faites en sorte d'éviter les veines parfois volumineuses qui sillonnent la surface des bourses et **enfoncez le trocart d'un coup sec, perpendiculairement à la surface du scrotum.** Appréciez si l'extrémité de l'instrument est libre dans la cavité liquide. Retirez alors le mandrin, et prenez le soin d'enfoncer encore quelques millimètres dans la poche la canule mousse, non offensante. Cette petite manœuvre vous donnera par la suite toute sécurité pour l'injection du liquide irritant. Elle assure le maintien en pleine cavité vaginale d'une longueur suffisante de canule pour éviter son expulsion au dehors de la séreuse, expulsion rendue facile par le rabougrissement du scrotum consécutif à la ponction et surtout à l'injection du liquide iodé.

2° Anesthésie de la vaginale. — L'évacuation une fois terminée ou à peu près, adaptez à l'armature de la canule le tube de caoutchouc muni de l'entonnoir. Versez ou faites verser dans l'entonnoir la solution de **cocaïne** à 0.20 pour cent, qui passe ainsi dans la cavité vaginale. Fermez le robinet de manière à **emprisonner la solution anesthésique pendant six à huit minutes.** Facilitez son contact avec toute l'étendue de la séreuse au moyen de légères malaxations, puis évacuez complètement la cavité vaginale. Si des considérations spéciales vous font rejeter l'emploi de la cocaïne, ayez recours à l'**antipyrine**. Faites pénétrer dans la vaginale ce qu'elle pourra admettre d'une solution d'antipyrine à 4 %, dont vous laisserez baigner la séreuse pendant cinq à dix minutes.

3° Irritation de la vaginale. — Versez dans l'entonnoir une quantité de **teinture d'iode** variable suivant les dimensions de l'hydrocèle. En général **cinquante à soixante centimètres cubes suffisent,** car le ratatinement du scrotum diminue d'autant la cavité séreuse. Fermez alors le robinet et tapotez légèrement les bourses pour qu'aucun point de la vaginale n'échappe à l'action du liquide iodé.

Si le malade n'éprouve aucune douleur, **laisser séjourner le liquide pendant sept ou huit minutes.** En cas de douleur, abrégez la durée de la cautérisation. Dans l'un comme dans l'autre cas, le moment venu de laisser évacuer la teinture d'iode, ouvrez le robinet, abaissez l'entonnoir et videz la vaginale comme vous videriez un estomac soumis à un lavage.

4° Lavage de la vaginale. — Remplissez l'entonnoir d'**eau stérilisée chaude** et procédez au lavage de la vaginale jusqu'à ce que le liquide sorte parfaitement clair. Retirez alors la canule d'un coup sec, froissez un peu entre vos doigts le point ponctionné du scrotum, cela vous dispensera d'appliquer le classique tampon d'ouate collodionnée qui est souvent une cause de vive irritation locale. Recouvrez simplement les bourses avec une mince feuille d'ouate aseptique.

Suites, accidents et complications. — Grâce au lavage, on écarte tout accident possible d'iodisme. On prévient surtout cette réaction inflammatoire si violente dont souffrent tant les malades pendant les cinq ou six jours qui suivent l'injection iodée faite suivant l'ancienne méthode (Sebileau). Si, malgré tout, l'inflammation substitutive de la séreuse amène un épanchement notable dans la cavité vaginale, n'attendez pas la disparition spontanée et toujours lente du liquide, faites une **nouvelle ponction de la vaginale avec un trocart fin.** Vous abrègerez d'autant la durée de la convalescence.

Les trois accidents signalés partout de l'injection iodée sont : la piqûre du testicule, la piqûre d'une veine, l'injection de teinture d'iode dans le tissu cellulaire des bourses. On évite facilement les deux premiers avec un peu d'attention. Le dernier, c'est-à-dire la

pénétration de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire des bourses, n'est jamais à craindre avec le procédé de l'entonnoir. Seul l'emploi de la seringue y expose.

Le seul accident sérieux de l'injection iodée, c'est le sphacèle du scrotum. On n'en publie certes pas tous les cas.

B. CURE RADICALE. — Pour la cure radicale de l'hydrocèle, il existe deux procédés : *a*) l'incision avec résection totale de la vaginale ; *b*) l'incision avec inversion de la vaginale sans résection.

Soins préopératoires et instruments. — Le scrotum, primitivement rasé, sera soigneusement lavé, aseptisé, puis entouré de compresses stériles. Les précautions d'usage seront prises pour les mains et les instruments.

Pour instruments, on disposera d'une paire de ciseaux, de quelques pinces hémostatiques, d'un bistouri et d'une aiguille de Moij avec crins de Florence pour les sutures. Un thermocautère est utile pour le procédé de la résection totale de la vaginale.

Opération. — Anesthésiez le malade au chloroforme en cas d'hydrocèles volumineuses avec vaginale épaisse et nécessitant la résection totale de la séreuse. Pour les hydrocèles de moyen volume, avec séreuse encore souple, auxquelles suffit la simple inversion de la vaginale, l'anesthésie à la cocaïne est suffisante.

A. Incision avec résection totale de la vaginale. — L'opération compte quatre temps :

1° Incision. — Incisez largement la face antérieure du scrotum jusqu'à la vaginale, sans l'ouvrir, puis déposez le bistouri.

2° Décortication. — Décortiquez le feuillet fibro-vaginal avec les couches voisines du tissu cellulaire, de manière à énucléer complètement la poche. Cela se fait vivement avec les doigts, travail facile quand la poche est pleine, rien moins qu'aisé si on a antérieurement évacué la vaginale de son contenu.

3° Résection. — Ouvrez l'hydrocèle largement et réséquez le feuillet pariétal tout entier jusqu'aux confins de l'épididyme. Faites cette résection avec les ciseaux, ou mieux avec le **couteau du thermocautère, à blanc**, ce qui dispense de faire l'hémostase parfois délicate de la tranche vaginale.

4° Sutures et pansements. — Réintégrez le testicule dans la poche scrotale, asséchez soigneusement, suturez la place au crin de Florence, drainez à volonté, suivant vos habitudes. Pansement aseptique. Un bon suspensoir est suffisant pour maintenir le pansement. **Enlevez les crins vers le sixième ou le septième jour.**

B. Inversion ou retournement de la vaginale, sans résection. — On compte quatre temps, comme pour l'incision avec résection :

1° et 2° Incision et décortication. — L'incision et la décortication ne donnent lieu à aucune particularité sur ce qui en a été dit pour l'incision avec résection.

3° Inversion. — Ouvrez la vaginale assez haut, faites une incision plutôt petite, juste suffisante pour laisser passer le testicule. Saisissez la glande, la vaginale est dès lors retournée en doigt de gant, et présente sa face interne au dehors. Plus est étroite l'incision de la vaginale pour l'énucléation du testicule, plus est aisée l'adaptation autour du cordon de la vaginale inversée.

4° Sutures, pansements. — Réintégrez dans la poche scrotale le testicule avec la vaginale ainsi retournée, suturez soigneusement la peau sans drainage. Pansement simple, aseptique, maintenu par un suspensoir.

Le malade peut se lever le deuxième jour, et reprendre toutes ses occupations dès le quatrième ou cinquième jour.

Accidents et complications. — La seule complication possible après une cure radicale, c'est l'hématome. Prévenir l'hématome est chose possible, le guérir est chose facile.

Un peu d'attention met à l'abri des phlegmons gangréneux des bourses, mais l'accident une fois produit, les soins les meilleurs n'en abrègent guère la lente cicatrisation. On a plus aisément raison d'un hématome, il ne fait que retarder la guérison de quelques jours.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les candidats à l'**Ecole de service de santé militaire** qui remplissent les conditions réglementaires devront se faire inscrire du 1er au 23 mai au soir : s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études, et, s'ils sont militaires, à la préfecture du département dans lequel ils sont en garnison. Nulle inscription ne sera admise après cette époque, aucune liste supplémentaire ne devant être établie.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

1° L'acte de naissance du candidat et celui de son père, établis dans les formes prescrites par la loi ;

2° Un certificat du commandant de recrutement de la subdivision territoriale établi l'année du concours et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire ;

3° Un certificat du médecin militaire chargé du service de recrutement, constatant que le candidat a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole ;

4° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat parmi les villes désignées ci-dessous et dans lesquelles il devra se rendre aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves écrites, soit pour les épreuves orales, que pour des motifs graves et par décision spéciale du Ministre ;

5° a) Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) b) le certificat d'études physiques et chimiques et naturelles avec mention de la note ou des points obtenus ; c) un certificat d'inscriptions constatant que le candidat a pris régulièrement quatre inscriptions dans une Faculté de médecine. Toutefois, ces diplômes et certificats d'examen ainsi que le relevé des inscriptions seront seulement remis par le candidat au président du jury le jour de l'ouverture de l'épreuve orale d'admissibilité ; après vérification le président du jury remet ces pièces au candidat ;

6° L'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission d'élève du service de santé ;

7° Une déclaration, sur papier libre, du père, de la mère, du tuteur ou de l'élève lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, reconnaissant qu'il est en mesure de payer la pension où à défaut de cette déclaration, la remise d'une demande de concession de bourse sur papier timbré.

Le concours comporte des épreuves d'admissibilité et des épreuves définitives. Les épreuves d'admissibilité se composent de deux parties.

Epreuves écrites d'admissibilité (1er degré)

1° Une composition écrite sur un sujet de physiologie et de chimie biologique.

2° Une composition écrite de langue allemande. Cette composition consistera en un thème d'une page environ : elle se fera sans le secours d'aucun livre.

Outre le thème allemand obligatoire, les candidats qui en feront la demande seront autorisés à faire un thème en une autre langue étrangère.

Epreuves orales d'admissibilité (2e degré)

Des interrogations sur l'anatomie et l'histologie.

Tout candidat dont une des épreuves d'admissibilité aura été cotée zéro sera de fait éliminé, quel que soit le nombre de points obtenus pour l'ensemble des autres épreuves.

La composition scientifique se fera le 19 juin, à 8 heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou de l'Ecole (Paris et Lyon), ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé. Quatre heures sont accordées pour sa rédaction.

La composition de langue allemande se fera le même jour, à 2 heures de l'après-midi, dans le même local. Deux heures sont accordées pour cette épreuve. Il sera accordé le même jour deux autres heures supplémentaires aux candidats qui désireront faire une composition écrite supplémentaire de langue étrangère.

Tout candidat qui ne remet pas l'une quelconque des compositions ou qui ne se présente pas à l'une des épreuves, est par cela seul exclu du concours. Néanmoins, les compositions inachevées n'entraîneront pas l'exclusion.

L'écriture de toutes les compositions écrites, doit être très lisible et l'orthographe correcte ; toute composition qui ne remplirait pas ces conditions serait écartée et son auteur éliminé du concours.

Il ne sera pas compté de fautes aux candidats pour avoir usé des tolérances indiquées dans la liste annexée à l'arrêté du Ministre de l'instruction publique en date du 28 février 1901.

Pour les épreuves orales d'admissibilité, tous les candidats devront être rendus, la veille du jour fixé pour ces examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

Les examens oraux pour l'admissibilité sont publics et passés devant le jury ; leur durée, pour chaque candidat, est de quinze minutes, dont dix réservées à l'anatomie et cinq à l'histologie.

Epreuves définitives

Le président du jury fait connaître quels sont les candidats admis à subir les épreuves définitives. Elles ont lieu dans la même forme que les examens d'admissibilité orale ; leur durée totale est de vingt minutes pour chaque candidat.

Elles consistent en des interrogations sur la pathologie générale médicale et séméiologie élémentaire, et sur la pathologie chirurgicale élémentaire et petite chirurgie.

Les épreuves écrites auront lieu le 19 juin, à 8 heures du matin, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu :

Paris (Val-de-Grâce), le 1er août ;
Lille (hôpital militaire), le 5 août ;
Nancy (hôpital militaire), le 7 août ;
Lyon (Ecole du service de santé militaire), le 10 août ;
Marseille (hôpital militaire), le 17 août :
Montpellier (hôpital mixte), le 20 août ;
Toulouse (hôpital militaire), le 24 août ;
Bordeaux (hôpital militaire), le 27 août ;
Rennes (hôpital militaire), le 31 août.

— Dans la liste de classement des **Externes des hôpitaux de Paris**, que publient les journaux médicaux parisiens, nous relevons les noms de MM. Deroide, reçu avec le n° 85 et Delbarre avec le n° 157. Que ces anciens élèves de la Faculté de Lille reçoivent toutes nos félicitations.

— Des lettres d'éloges officiels ont été délivrés pour **soins gratuitement donnés aux militaires** de la gendarmerie et à leur famille par les docteurs de notre région, dont les noms suivent : MM. les docteurs Lecœuvre, de Nœux-les-Mines (Pas-de-Calais) ; Jacquet, d'Haubourdin (Nord) ; Daubresse, de Carvin (Pas-de-Calais) ; Dourlens de Bruay; (Pas-de-Calais) ; Lamiot, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Une médaille de bronze pour récompenser le même dévouement a été accordée à M. le docteur Lourties, de Billy-Montigny.

— Nous relevons dans les récentes promotions dans le corps du **Service de santé militaire** celles de MM. les docteurs Demandre, médecin principal de 1re classe et désigné pour l'Hôpital militaire de Lille; Camus, nommé médecin-major de 2me classe et désigné pour le 73me de ligne à Béthune; Julien Laferrière, médecin aide-major de 2me classe, désigné pour le 127me d'infanterie à Valenciennes.

Notre Carnet

Notre rédacteur en chef nous apprend la naissance de ses deux fils, Léon et Xavier. La Rédaction de l'*Echo médical du Nord* lui adresse ses meilleurs souhaits de bonheur pour les enfants, de prompt rétablissement pour Madame Combemale.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 313. Septième Année. N° 2. Le Numéro : 10 centimes. 11 Janvier 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique (1)

Par MM. **H Surmont,**
professeur de pathologie interne et expérimentale à la Faculté
Et **G. Lerat,**
ancien interne à l'hôpital civil de Tourcoing, lauréat de la Faculté.

Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur la nature et l'origine de l'hyperchlorhydrie, il est bien certain que les différentes formes sous lesquelles se manifeste cliniquement cet état pathologique, sont parmi les affections qui se présentent le plus fréquemment à l'observation médicale, particulièrement dans la clientèle de la ville.

Tout ce qui peut contribuer à jeter quelque lumière sur les nombreux points encore obscurs de l'histoire des états hyperchlorhydriques est donc d'un intérêt non douteux pour le médecin.

(1) Les observations sur lesquelles est basé ce travail et les recherches bibliographiques seront publiées dans la thèse que l'un de nous soutiendra prochainement sur ce sujet, G. LERAT. « *De la diarrhée chez les hyperchlorhydriques et particulièrement de l'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique*, th. de Lille, 1903.

C'est pourquoi il nous a paru utile d'appeler l'attention sur une variété d'hyperchlorhydrie qui nous paraît assez nettement différenciée, pour mériter d'être élevée au rang de forme clinique véritable, et qui cependant n'a pas jusqu'à présent, à notre avis, retenu suffisamment l'attention du public médical.

Ces cas méritent le nom d'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique.

I

On sait que les faits d'hyperchlorhydrie sont habituellement classés soit sous la forme d'hyperchlorhydrie simple, soit sous la forme d'hyperchlorhydrie avec gastro-succorrhée sans stase, soit sous la forme d'hyperchlorhydrie avec gastro-succorrhée et stase alimentaire.

L'hyperchlorhydrie de ces divers types peut au reste se compliquer de crises, et il existe des malades chez lesquels la période interparoxystique reste à peu près latente, l'hyperchlorhydrie ne se manifestant alors, à proprement parler, qu'au moment des crises.

Qu'il s'agisse de l'une quelconque de ces formes d'hyperchlorhydrie, la réaction habituelle de l'intestin à la maladie se produit par une constipation d'ordinaire opiniâtre. Si l'on palpe le ventre des malades, on trouve presque toujours chez eux les signes d'un spasme du côlon plus ou moins marqué suivant les cas, mais généralement très accentué, fait important dont nous aurons à tenir compte quand il s'agira

d'interpréter la pathogénie de la diarrhée et de la constipation chez des hyperchlorhydriques. Chez un grand nombre de malades, au reste, la constipation va jusqu'au syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse, et ce syndrome vient joindre sa symptomatologie fâcheuse à celle de l'affection stomacale, primitive.

La constipation est donc la règle chez les hyperchlorhydriques ; sans avoir une statistique nette à présenter sur ce point, on peut l'affirmer sans crainte d'erreur, à ce point qu'un grand nombre de médecins, par exemple EINHORN, font de ce caractère un signe diagnostique important.

Cependant, un certain nombre d'auteurs ont déjà signalé l'existence de la diarrhée chez les hyperchlorhydriques, mais en ne la considérant que comme un phénomène accessoire et contingent, et non pas comme un phénomène intimement lié, dans certains cas, à l'évolution même de la maladie ; les recherches bibliographiques étendues auxquelles nous nous sommes livrés le montrent bien.

Ainsi comprise, la diarrhée des hyperchlorhydriques a été signalée sous deux formes : soit sous la forme paroxystique, soit sous la forme d'une diarrhée habituelle.

La *forme paroxystique* a été mise en lumière surtout par BOUVERET, qui, dès 1893, a montré que, dans certains cas, la crise d'hyperchlorhydrie se termine à la fois par un vomissement et par de la diarrhée ; l'estomac se débarrassant en même temps par le cardia et par le pylore de son contenu hyperacide, que, dans d'autres cas, la crise d'hyperchlorhydrie peut se juger par de la diarrhée seule sans vomissement.

Quelques auteurs ont signalé encore chez des hyperchlorhydriques de la *diarrhée non paroxystique* survenant, soit d'une façon habituelle, soit de temps en temps, et se produisant soit quelques heures après le repas, soit plus fréquemment, dans la dernière partie de la nuit ou le matin, chacun d'eux faisant d'ailleurs remarquer que ces diarrhées sont plutôt exceptionnelles.

Dans cet ordre d'idées le professeur LEUBE, en 1878, nous apprend que : « la constipation existe ordinairement ; cependant, on trouve aussi des diarrhées alternant avec la constipation ». Dix ans plus tard (1888), Germain SÉE, Albert MATHIEU et Raymond DURAND-FARDEL rapportent l'observation d'un homme hyperchlorhydrique qui, trois heures environ après le repas, éprouvait des douleurs épigastriques, surtout la nuit, et terminées, souvent, par de la diarrhée. Mais cette diarrhée ne les intéresse pas, et ils ne s'y attardent pas. Albert MATHIEU, en 1891, puis en 1892, parle d'une diarrhée nocturne et matinale chez les hyperchlorhydriques. A cette même époque, DEBOVE et RÉMOND écrivent : « ces malades ont souvent la diarrhée », mais ils ne donnent pas de détails. Le professeur HAYEM, publie en 1893 que : « la constipation est fréquente, mais qu'il y a parfois tendance à la diarrhée ». En 1896, BOAS reprend l'idée de LEUBE qu'il cite presque exactement. RIEGEL, en 1897, fait de même. Le 1er août de cette année-là, COMBEMALE, parlant des vomissements qu'on rencontre dans la maladie de REICHMANN, s'exprime en ces termes : « Ils sont parfois remplacés par une diarrhée paroxystique, survenant aux mêmes moments critiques, c'est-à-dire 4 à 7 heures après la première ingestion d'aliments ». Albert ROBIN signale cette diarrhée chez les hyperchlorhydriques en 1897 et en 1900. « Elle se présente sous plusieurs aspects cliniques, dit-il. Dans une première variété, la diarrhée ne se produit qu'une seule fois par jour et à heure fixe, soit le matin au réveil, soit après les repas. Dans une deuxième variété la diarrhée est plus continue, tout en survenant par crises de durée variable ». On la retrouve encore notée par Max EINHORN en 1900. L'an dernier (1901), Albert MATHIEU revient sur cette question. « On a observé quelquefois chez les hyperchlorhydriques des poussées presque quotidiennes de diarrhée, survenant surtout le matin vers 4 à 5 heures ». « Elle est fréquente, dit LEMOINE, chez les névropathes hyperchlorhydriques, et se caractérise par plusieurs selles qui surviennent le matin entre 4 et 10 heures, et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée ». Il signale encore de la diarrhée consécutive aux repas. Enfin, en 1902, la Société de Thérapeutique, avec MM. Maurice SOUPAULT, Raymond FRANÇOIS, Albert MATHIEU, CAUTRU, BARDET, consacre plusieurs séances à l'étude des diarrhées chroniques, et on y parle à plusieurs reprises de la diarrhée des hyperchlorhydriques.

En résumé, pour tous les auteurs précédents, la diarrhée chez les hyperchlorhydriques n'existe que d'une façon accidentelle et contingente, soit à la fin des paroxysmes et d'une manière critique, soit dans les dernières heures de la nuit et le matin, en dehors des périodes de crises. Il faut avoir soin de ne pas confondre ces diarrhées vraies avec les fausses diarrhées

...ées de constipation, consécutives à l'irrita... gros intestin par suite de la stagnation des ...s durcies, accident fréquent chez les hyper...ydriques constipés.

...ous semble qu'ainsi comprise, la question n'est ...lucidée complètement. Il y a, en effet, un certain ...re de malades, chez lesquels le paroxysme hy...lorhydrique se termine invariablement par de la diarrhée, de sorte que dans ces cas le paroxysme ...ecte toujours une forme si particulière que, si on ...est pas prévenu, on peut faire une erreur de diagnostic, d'autant plus facile qu'il peut se faire que les signes ordinaires révélateurs de l'hyperchlorhydrie interparoxystique soient réduits à leur minimum. La constance du symptôme diarrhée chez ces malades et son importance dans le tableau clinique est telle que les malades s'en plaignent uniquement et que l'attention du médecin non prévenu se tourne invariablement, non vers l'estomac, mais vers l'intestin. Ainsi se justifie la réalité de cette forme clinique qui pour être indiscutable n'en paraît pas moins exceptionnelle.

D'autres malades parmi ceux qui se présentent au médecin comme atteints non plus de crises de diarrhée mais de diarrhée chronique sont également des hyperchlorhydriques. Chez eux comme chez les précédents, si on veut faire un diagnostic complet et, par une thérapeutique appropriée, guérir rapidement une affection jusque là rebelle, il faut savoir rechercher et dépister les troubles stomacaux quelquefois apparents, et plus souvent peu nets et dissimulés derrière le syndrome intestinal auquel l'on pourrait au premier abord les croire subordonnés. Dans ce cas comme dans la forme précédente, l'importance du symptôme diarrhée est telle qu'elle justifie et nécessite la réalité de cette forme clinique particulière de l'hyperchlorhydrie.

Il faut, à notre avis, distinguer deux variétés d'*hyperchlorhydrie diarrhéique* (1). L'une que l'on peut appeler la *forme paroxystique* dans laquelle les paroxysmes se jugent *toujours* par de la diarrhée et jamais par des vomissements, le malade dans l'intervalle des paroxysmes étant constipé ou ayant des garde robes normales ; l'autre, la *forme continue* dans laquelle il existe pendant des mois et des années une diarrhée permanente qu'un examen clinique approfondi complété par l'exploration directe de l'estomac et surtout par l'analyse du chimisme stomacal permettent seuls de rattacher à une hyperchlorhydrie latente.

L'hyperchlorhydrie diarrhéique à forme paroxystique est reliée à l'hyperchlorhydrie classique avec crises de vomissements par les cas intermédiaires dans lesquels on voit les malades terminer leur crise, tantôt par de la diarrhée, tantôt par des vomissements suivant les crises, d'autres fois par de la diarrhée et des vomissements en même temps dans la même crise.

L'hyperchlorhydrie diarrhéique à forme continue se relie à l'hyperchlorhydrie habituelle avec constipation par les cas dans lesquels il existe des alternatives de diarrhée et de constipation. Ces cas sont rares, il ne faut pas les confondre avec les faits très fréquents au contraire dans lesquels on observe chez les hyperchlorhydriques de la diarrhée de constipation.

II

Quels sont les caractères cliniques habituels des *paroxysmes diarrhéiques hyperchlorhydriques* ? Ces paroxysmes sont caractérisés, d'abord, par *le moment de leur apparition*, qui est l'heure ordinaire des crises hyperchlorhydriques, et surtout le milieu de la nuit. C'est là un caractère bien classique sur lequel il est inutile d'insister.

La douleur chez ces malades est variable, mais le plus souvent extrêmement vive : elle rappelle les caractères habituels de la crise hyperchlorhydrique ; elle siège au creux de l'estomac et autour de l'ombilic ; elle cède assez brusquement et s'accompagne alors d'une envie très rapide d'aller à la garde-robe.

Les évacuations liquides présentent les caractères ordinaires des selles diarrhéiques avec ou sans lientérie ; à l'œil nu elles n'ont pas de coloration bilieuse marquée. Nous avons vu pourtant une malade chez laquelle chaque crise se terminait simplement par une garde-robe abondante qui vidait l'intestin, mais sans diarrhée à proprement parler. La réaction des selles dans certains cas a été cherchée par BARDET qui les a trouvées acides. Peut-être retrouverait-on ce signe constamment si on le recherchait méthodiquement à l'avenir. Chez les malades qui présentent ce phénomène, les selles sont peut-être particulièrement

(1) On pourrait proposer au lieu du nom hyperchlorydrie à forme diarrhéique, celui plus compréhensif d'hyperchlorhydrie à forme intestinale, car il existe des malades chez lesquels le syndrome intestinal sur lequel nous appelons l'attention se réduit à une simple évacuation avec coliques sans diarrhée à proprement parler, mais ces cas sont encore plus rares que ceux dans lesquels il y a de la diarrhée vraie, et nous pensons qu'il y a avantage au point de vue de la description clinique à mettre en valeur le syndrome diarrhée en face de la constipation habituelle des hyperchlorhydriques.

cuisantes, en tout cas, peu de sujets se plaignent d'éprouver une sensation de brûlure à l'anus. Il faut avouer au reste, que l'on manque de renseignements tout à fait précis sur les caractères physico-chimiques et microscopiques exacts de ces garde-robes, dont l'analyse méthodique n'a pas été faite jusqu'à présent.

La crise d'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique se fait généralement par une première évacuation très abondante, qui reste parfois unique ou bien est suivie d'une ou de deux autres qui le sont beaucoup moins Puis tout rentre dans l'ordre et le malade s'endort.

Il y a assez fréquemment, mais non toujours, une ou deux selles diarrhéiques dans la journée qui suit, particulièrement après les repas du matin et de midi.

Un dernier caractère qui nous paraît très important au point de vue clinique est la sensation qui suit ces paroxysmes diarrhéiques Au lieu d'être soulagés par l'évacuation de l'estomac et de s'endormir ensuite d'un sommeil réparateur, comme cela se passe dans l'hyperchlorhydrie vulgaire après la crise, les malades atteints de paroxysmes diarrhéiques restent souvent dans un état d'épuisement nerveux extrême qui les tient au lit incapables du moindre mouvement, et dans un état de malaise nauséeux qui rappelle le mal de mer à ceux qui ont éprouvé cette désagréable sensation. Cet état ne s'apaise que petit à petit vers le matin, au milieu d'un sommeil entrecoupé de réveils fréquents. Il est parfois assez marqué pour inspirer une véritable terreur aux malades. Un de nos patients, officier d'avenir et homme d'une très grande énergie, éprouvait, à la suite de ces paroxysmes, une telle dépression nerveuse, qu'il se déclarait incapable de quitter le lit sans s'exposer à une syncope et qu'il songeait à quitter l'armée dans la crainte de se trouver mis, par une de ses crises, dans l'impossibilité subite de faire son service dans un cas urgent. Cet état de dépression nerveuse, très important à noter, rappelle absolument la dépression nerveuse qui suit certaines autres crises que l'on peut comparer jusqu'à un certain point à celles qui nous occupent, par exemple la sialorrhée paroxystique de certains tabétiques, ou certaines crises de sueurs profuses.

L'intensité de cette dépression nerveuse n'est au reste pas proportionnelle à la quantité de liquide enlevée rapidement à l'intestin, car elle se rencontre aussi dans des cas où le nombre des selles n'est pas très grand et leur volume très considérable ; elle n'est donc pas explicable uniquement par une déperdition aqueuse comme celle qui engendre le collapsus consécutif aux grandes évacuations alvines ; il faut l'attribuer en grande partie aux réactions nerveuses du sujet.

L'intérêt qu'il y a à connaître ces faits, nous le répétons encore une fois, tient à ce que ces paroxysmes diarrhéiques peuvent se présenter chez des malades qui, par ailleurs, ne présentent pas de signes d'hyperchlorhydrie ou n'en présentent que très peu ; de sorte que le diagnostic peut, dans certains cas, être extrêmement difficile. Par conséquent quand on observera des crises de diarrhées, particulièrement de diarrhées nocturnes difficilement explicables, il faudra se livrer à un examen complet et méthodique du sujet et rechercher tous les signes permettant de faire un diagnostic précis. Il faudra aller, si c'est nécessaire, jusqu'à l'exploration complète de l'estomac avec la sonde, à jeun et après le repas d'épreuve. Les probabilités d'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique se trouveront du reste augmentées, si on a affaire à des malades neurasthéniques ou cholémiques chez lesquels l'hyperchlorhydrie se rencontre, comme l'on sait, avec une fréquence particulière.

En somme, c'est dans l'examen complet du malade que l'on trouvera les signes permettant de faire d'une façon positive le diagnostic. C'est également dans cet examen complet que l'on trouvera les signes permettant de faire le diagnostic différentiel des autres états pathologiques dans lesquels on peut rencontrer des crises de diarrhées paroxystiques, à savoir le tabes et la maladie de Basedow.

Chez les *tabétiques*, les *crises de diarrhée* se présentent habituellement dans la forme décrite par Vulpian, c'est-à-dire sous forme d'accès entéralgiques associés aux crises gastriques dont la physionomie si particulière est connue de tous. A la douleur de l'estomac et aux vomissements s'ajoute une diarrhée extrêmement fréquente avec des douleurs intestinales atroces ; les traits s'altèrent, le facies est celui d'un cholérique, la voix s'éteint, l'anurie s'installe, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, le malade se plaint de crampes violentes.

Ce tableau clinique ressemble assez peu à la crise de diarrhée hyperchlorhydrique que nous venons de décrire ; de plus la diarrhée des tabétiques ne présente pas la régularité horaire de la diarrhée des hyperchlorhydriques ; en tout cas, la recherche des

du tabes chez ces malades permettra de faire nostic, même à la période préataxique (1).

arrhée de la maladie de Basedow évolue d'ordi- sans douleurs ; ce sont des crises d'hypersécrétion intestinale pures et simples et le malade peut avoir 15 ou 20 selles dans les 24 heures. La recherche des signes caractéristiques de la maladie permettra de faire le diagnostic.

Restent les *crises intestinales névropathiques* décrites par CHERCHEVSKY, de Saint-Pétersbourg. Mais des malades de CHERCHEVSKY, les uns sont des tabétiques au début, les autres des neurasthéniques constipés habituels présentant des crises de diarrhée intermittente, analogues à la diarrhée de constipation des entérocolitiques ; au reste les observations sont anciennes et ne sont guère utilisables à l'heure actuelle.

III

Nous en arrivons maintenant à la description de la deuxième variété d'*hyperchlorhydrie diarrhéique*, à celle que nous avons appelée la *forme permanente* ou *continue*.

Cette appellation met en évidence le premier et le plus important des caractères cliniques de cette variété, à savoir sa chronicité. L'affection chez ces malades dure des semaines, des mois, des années ; le plus souvent son existence est si lointaine que les malades la considèrent comme une forme particulière chez eux du fonctionnement normal de l'intestin. De fait, l'un de nous a pu la rencontrer déjà constituée nettement sous forme de paroxysmes durant plusieurs mois consécutifs chez un enfant de 11 ans.

Un second caractère de ces diarrhées est qu'elles se manifestent aux heures où l'on observe de la diarrhée chez les hyperchlorhydriques habituellement constipés et qui présentent accidentellement des selles liquides, c'est-à-dire particulièrement le matin de très bonne heure ou après les repas du matin et de midi. C'est là un caractère qui a été mis en lumière par tous les auteurs qui ont, depuis Albert MATHIEU (1891), en dehors de la diarrhée de constipation, signalé la diarrhée accidentelle chez les hyperchlorhydriques. Il est intéressant de retrouver dans la forme permanente que nous étudions ici, ce caractère horaire des évacuations sur lequel il est inutile d'insister plus longuement. Mais il est bon d'appeler l'attention des malades sur ce point qui ne les a pas toujours frappés.

Un troisième caractère de cette diarrhée est qu'elle est d'ordinaire douloureuse. Les coliques qu'elle provoque sont habituellement péri-ombilicales et peuvent s'accompagner d'une sensation de brûlure épigastrique plus ou moins violente. Elles sont ordinairement impérieuses et le malade ne peut remettre à plus tard l'exonération intestinale. L'intensité des coliques varie selon les sujets, mais la très grande majorité d'entre eux se plaignent de souffrir violemment. L'intensité de la douleur est, au reste, variable d'un repas à l'autre et en rapport également avec la nature des aliments. Quand la douleur a été violente, elle laisse après elle une sensation d'épuisement nerveux plus ou moins durable suivant les cas.

La nature des évacuations alvines varie selon les sujets. Chez un bon nombre d'entre eux, il s'agit de diarrhée simple ; chez d'autres les selles sont légèrement bilieuses ; enfin chez un petit nombre, il y a de la lientérie vraie, et il est curieux, dans certains cas, de voir le malade retrouver dans ses garde-robes une partie des aliments, particulièrement des végétaux, qu'il a ingérés une demi-heure ou une heure auparavant ; cette lientérie si rapide est l'exception.

BARDET a fait voir que les matières évacuées dans les crises de diarrhée hyperchlorhydrique étaient acides. Nous avons fait la même recherche à huit reprises différentes chez un malade atteint de la forme chronique que nous décrivons ici et nous avons pu nous assurer que la réaction des selles était manifestement acide. Toutefois, il ne convient pas d'attacher à cette constatation une importance capitale, et il serait beaucoup plus important de s'assurer si cette réaction est due à l'acide chlorhydrique ou à des acides de fermentation.

L'état général des sujets atteints de diarrhée chronique hyperchlorhydrique peut se maintenir pendant très longtemps dans un état satisfaisant. Pourtant les malades finissent par maigrir et s'affaiblir, et dans certains cas, la déchéance de l'état général est grande. Souvent aussi viennent se joindre aux phénomènes précédents des troubles neurasthéniques variables qui assombrissent considérablement le pronostic et font de ces malades de véritables infirmes.

L'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique doit donc toujours être soupçonnée chez les malades qui présentent une diarrhée chronique dite essentielle. Elle a pour caractères principaux d'être horaire, de ne se

(1) Nous laisserons de côté, en ce moment, la diarrhée permanente des tabétiques.

rattacher à aucune lésion intestinale apparente, d'être accompagnée de coliques plus ou moins violentes ; elle présente des variétés assez notables d'un cas à l'autre tant au point de vue de la composition des matières qu'au point de vue de la réaction sur l'état général.

Une fois sur la voie du diagnostic on interrogera les malades pour voir s'ils présentent du côté de l'estomac quelques-uns des troubles habituels dans l'hyperchlorhydrie ; appétit conservé ou exagéré, avec ou non perversions morbides de la sensation de la faim, modification du caractère avant les repas, atténuation ou disparition des sensations de gêne ou de douleur épigastrique au moment des repas, leur réapparition et leur aggravation quelques heures plus tard, langue généralement rouge au moins à son extrémité, estomac souvent atone et parfois dilaté.

Si tous ces petits signes manquent ou si leur ensemble n'est pas suffisamment net pour faire un diagnostic ou encore si le malade est suffisamment intelligent pour comprendre l'intérêt qu'il y a pour lui à être fixé exactement sur la nature des troubles qu'il ressent, on aura recours à l'examen direct de l'estomac avec la sonde, examen qui devra être pratiqué à jeun et après repas d'épreuve.

Dans ces conditions l'examen complet de l'estomac montrera l'existence de l'une quelconque des trois variétés d'hyperchlorhydrie : simple, avec gastro-succorrhée sans stase, ou avec gastro-succorrhée et stase, et l'on sera parfois étonné de trouver des chiffres extrêmement élevés d'HCl chez des malades se plaignant peu ou ne se plaignant pas de leur estomac. C'est là un point sur lequel nous revenons encore sans crainte de redite, cette diarrhée chronique hyperchlorhydrique se rencontre chez des malades chez lesquels l'hyperchlorhydrie est au reste latente.

Il nous reste à faire le diagnostic différentiel de la diarrhée permanente des hyperchlorhydriques d'avec les autres états pathologiques qui peuvent la simuler. Le nombre des diarrhées chroniques est tellement considérable qu'il est nécessaire de classer un peu les faits au point de vue de ce diagnostic différentiel.

a) On écartera d'abord très facilement les *fausses diarrhées* : 1) soit la *diarrhée de constipation* qu'on rencontre chez des malades présentant ou non les signes de l'entéro-colite muco membraneuse et des débâcles diarrhéiques au milieu desquelles on retrouve les glaires, les fausses membranes et les scybales révélatrices ; 2) soit la fausse diarrhée des malades atteints de rectite, symptomatique d'un *cancer du rectum* ; 3) soit les selles plus caractéristiques de la *dysentérie* ; 4) Nous rapprocherons de ces faits, une variété curieuse de *diarrhée orthostatique* que l'un de nous (Surmont) a eu l'occasion d'observer deux fois chez des femmes qui se plaignaient depuis de longues années d'une diarrhée ayant pour caractère particulier de se manifester uniquement dans la station debout.

Ces deux malades présentaient des déchirures complètes du périné et du sphincter anal consécutives à l'accouchement ; l'une et l'autre ont guéri par la restauration du périné et du sphincter.

b) Le diagnostic de la *diarrhée chronique des pays chauds* et de l'*entérite chronique palustre* ne se présentera que dans des circonstances exceptionnelles ; inutile d'y insister ici.

c) Les diarrhées chroniques symptomatiques d'une infection ne nous arrêteront pas plus longtemps : 1) ni celle que l'on voit dans la tuberculose intestinale secondaire (1) ; 2) ni celle de la tuberculose intestinale primitive ; 3) ni la diarrhée symptomatique de la syphilis intestinale ; 4) ni la diarrhée de la lymphadénie intestinale.

d) Nous ne signalerons qu'en passant la stéarrhée graisseuse symptomatique des affections pancréatiques. L'aspect des selles dans ces cas est trop caractéristique pour prêter à confusion, sans compter les autres signes typiques de l'obstruction du canal de Wirsung ou de l'ampoule de Vater (ictère par rétention, hypertrophie de la vésicule biliaire, etc.).

e) Les diarrhées consécutives aux intoxications de diverses natures se rapprochent évidemment des précédentes. Nous ne ferons que signaler les *diarrhées cachectiques* consécutives au cancer, à la tuberculose de toute localisation, aux affections nerveuses : tabes, maladie de Basedow ; au diabète, à la dégénérescence amyloïde. Nous ne retiendrons de ce groupe que la *diarrhée des urémiques* dont la connaissance est indispensable, mais le diagnostic facile, même en l'absence passagère ou prolongée d'albumine dans l'urine, quand on cherche du côté des autres appareils, circulatoire, respiratoire et nerveux, les signes confirmatifs de l'intoxication qui se manifeste au niveau de l'appareil gastro-intestinal. La diarrhée dite sénile

(1) Il n'est pas impossible bien entendu que des tuberculeux présentent par ailleurs de la diarrhée chronique non spécifique liée à l'hyperchlorhydrie.

(Potain) nous semble se rattacher d'une façon manifeste au groupe des intoxications

f) Nous en arrivons maintenant au véritable diagnostic différentiel, à celui qui doit se faire entre la diarrhée permanente des hyperchlorhydriques et les autres *diarrhées chroniques* dites *essentielles*.

Il est bien certain que ce dernier groupe est jusqu'à présent un caput mortuum dont les progrès de la pathologie extrairont petit à petit des formes cliniques diverses. On peut considérer comme suffisamment nettes, à ce moment, la diarrhée bilieuse dont M. Linossier a donné récemment une courte description et les diarrhées gastropathiques, dont nous croyons que l'on doit distinguer deux formes : l'hypo et l'hyperpeptique. Ces diarrhées gastropathiques ont été particulièrement remises à l'ordre du jour par la discussion du 12 mars 1902, à la Société de Thérapeutique.

Ces diarrhées sont essentiellement caractérisées par ce fait que les phénomènes diarrhéiques sont toujours au premier plan, à tel point qu'elles ont été considérées jusqu'à l'heure actuelle pour des affections exclusivement intestinales, les autres symptômes étant de loin au second plan.

1) *Diarrhée bilieuse.* — Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer textuellement la description donnée par M. Linossier. « Cette diarrhée se produit exclusivement au moment du repas, parfois du premier déjeuner, mais le plus souvent au cours du repas de midi. On ne la constate que tout-à-fait exceptionnellement au repas du soir. Le sujet se met à table sans aucun malaise. Quelques instants après le début du repas, il ressent une douleur assez vive, comme une torsion, à l'épigastre ou un peu à droite de l'épigastre, au niveau de la vésicule biliaire. La douleur est parfois assez aiguë pour provoquer un sentiment de malaise général avec anxiété, sueur, etc .. A cette douleur succède assez rapidement un besoin impérieux d'évacuation ; le sujet doit quitter la table ; il rejette une selle liquide très bilieuse et se trouve remis. Il ne ressent dans le cours de la journée aucun autre malaise intestinal ».

Cette forme de diarrhée a été constatée par M. Linossier chez des malades atteints de lithiase biliaire, fruste ou déclarée. Nous l'avons vue, pour notre part, chez des malades purement cholémiques, sans signes de lithiase biliaire actuelle ou antécédente. Le diagnostic de cette forme de diarrhée est très intéressant, parce qu'il a comme conséquence une thérapeutique aussi efficace que rationnelle : celle de la lithiase biliaire ou de la cholémie. Cette forme présente quelques signes qui permettent de faire le diagnostic d'avec la diarrhée que nous avons décrite.

Ces signes sont : 1) la nature des selles qui sont dans ces cas beaucoup plus fortement bilieuses qu'elles ne le sont dans l'hyperchlorhydrie ; 2) l'apparition des garde-robes semble se faire plus près des repas que dans la diarrhée hyperchlorhydrique proprement dite, à ce point qu'elle se fait le plus souvent pendant le repas même.

Enfin si l'on examine les malades, on trouvera chez eux sinon des signes nets de lithiase biliaire ou des présomptions importantes de lithiase biliaire antécédente, au moins un certain nombre des multiples signes que Gilbert et Lereboullet nous ont montré être révélateurs de la cholémie.

Dans les cas typiques le diagnostic semble donc pouvoir se faire assez facilement. Il n'en est plus de même chez les malades qui sont à la fois cholémiques et hyperchlorhydriques, malades qui sont plus nombreux que ne paraît le croire M. Linossier. Nous avons, pour notre part, recueilli un certain nombre d'observations de ce genre. Il suffit, au reste, dans ces cas, de faire le traitement de la cholémie avec hyperchlorhydrie et la solution du problème intéresse moins le malade que le médecin.

2) Une autre forme de diarrhée chronique essentielle est celle sur laquelle MM. Soupault et Français ont appelé l'attention sous le nom de diarrhée chronique idiopathique, indépendante de toute altération anatomique de l'intestin et de toutes intoxications ou infections locales ou générales. Ce sont celles que M. Gaston Lyon appelle entérites ou diarrhées chroniques primitives.

Sur 32 cas dans lesquels le chimisme stomacal a été examiné après repas d'Ewald par la méthode d'Hayem-Winter, MM. Soupault et Français ont trouvé trois fois un chimisme sensiblement normal, vingt-trois fois de l'apepsie ou de l'hypopepsie et six fois de l'hyperchlorhydrie.

Ces auteurs n'ont pas cru devoir dissocier leurs observations en plusieurs groupes, parce qu'un même traitement, l'HCl, à haute dose, leur a réussi dans tous les cas, quelque fût l'état du chimisme stomacal, et aussi parce qu'ils n'ont trouvé aucun symptôme distinctif entre la diarrhée des hypo et des hyperchlorhydriques.

Nous croyons cependant avec M. Linossier et surtout avec M. Gallois qu'il y a lieu d'établir cette distinction.

En effet, les diarrhées gastropathiques des hypo et des hyperchlorydriques ont non-seulement une origine chimique différente, mais encore vraisemblablement une pathogénie dissemblable, et bien que le traitement par les acides ait donné, entre les mains de M. Soupault, de très bons résultats, il n'en résulte pas qu'au point de vue pratique, il convienne de traiter, de propos délibéré, d'une façon semblable, deux états intestinaux d'origine différente. Nous chercherons, nous aussi, à l'exemple de M. Gallois, s'il n'existe pas quelques signes permettant de faire un diagnostic différentiel en dehors de l'examen direct de l'estomac, et si nous ne les trouvons pas, nous en serons quitte pour conclure que cet examen s'impose quand on veut poser un diagnostic précis.

Il semble, d'une façon générale, que la diarrhée chronique des hypopeptiques et des apeptiques donne de la lientérie plus facilement que celle des hyperpeptiques, ce qui serait assez en rapport avec ce fait bien connu que les aliments séjournent moins longtemps dans l'estomac de ces malades, que dans l'estomac des hyperchlorhydriques.

Il semble aussi que cette diarrhée, tout en se présentant comme les autres diarrhées gastropathiques, après les repas, puisse plus facilement se produire à n'importe quel moment et n'affecte pas les prédilections horaires de la diarrhée des hyperchlorhydriques.

Les coliques intestinales paraissent moins violentes et l'affaiblissement nerveux consécutif est moins accusé que chez les hyperchlorhydriques. Quant aux troubles de dyspepsie gastrique, nous avons dit déjà à différentes reprises que chez beaucoup de diarrhéiques, ils sont peu prononcés. Au reste, la différence entre les sensations subjectives accusées par les malades, dans l'un et l'autre cas, est toujours peu nette, quoique l'on puisse dire que d'une façon générale, les malades atteints d'hyperchlorhydrie présentent plus souvent des manifestations subjectives typiques, que les malades atteints d'hypochlorhydrie.

L'examen physique du ventre ne présente rien de bien particulier à noter ; le ballonnement du ventre est peut-être plus accusé dans l'hypochlorhydrie ; l'atonie et la dilatation gastrique plus dans l'hyperchlorhydrie.

Les hypochlorhydriques ont d'ordinaire la langue plus chargée, l'haleine plus forte, se plaignent davantage de renvois et de gaz intestinaux fétides.

En résumé, si l'on rencontre chez un malade une série concordante des petits signes que nous venons de signaler, on aura plus de probabilités pour le diagnostic soit de la diarrhée hypochlorhydrique soit de la diarrhée hyperchlorhydrique.

Mais il ne faut pas s'y tromper, ce diagnostic reste toujours soumis à la vérification directe et, pour notre part, il nous est arrivé, un certain nombre de fois de réviser un diagnostic, qui, avant l'analyse chimique, nous paraissait extrêmement probable.

IV

Le *pronostic* de l'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique ne nous retiendra pas longtemps. Il ne présente en effet rien de bien particulier et ne diffère en rien de celui de la forme classique de l'hyperchlorhydrie. Il est tout à fait lié au diagnostic, car dans les cas où le diagnostic n'est pas posé, les traitements les plus divers peuvent être essayés sans succès aussi bien dans la forme paroxystique que dans la forme permanente ; cette dernière, dans ces conditions, peut se prolonger pendant des mois et même des années, longtemps bien supportée, mais finissant par affaiblir notablement les malades et s'accompagnant dans certaines circonstances d'un état neurasthénique extrêmement accusé.

Le *traitement* rationnel de l'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique est le traitement habituel de l'hyperchlorhydrie simple qui seul répond aux indications étiologiques et supprime la diarrhée en en supprimant la cause. Il n'y a aucune indication particulière à en tirer ; toutefois il convient d'ajouter que lorsque le traitement classique ne réussit pas rapidement à arrêter la diarrhée, il ne faut pas hésiter à appliquer à ces malades le traitement conseillé par Soupault, c'est-à-dire la limonade chlorhydrique. Nous avons vu récemment encore une malade chez laquelle le traitement diététique de l'hyperchlorhydrie, la cure par le bismuth à haute dose et les poudres alcalino-terreuses se montraient impuissantes à arrêter une diarrhée qui a cédé instantanément à l'usage de la limonade phosphorique, des signes non douteux d'ulcère d'estomac ayant fait hésiter devant l'emploi de la limonade chlorhydrique.

V

La pathogénie de la diarrhée chez les hyperchlorhydriques nous paraît la même dans la forme paroxystique et dans la forme permanente, aussi nous ne dissocierons pas l'étude de ces deux ordres de phénomènes.

Si nous nous rappelons d'abord ce qui se passe dans la forme habituelle de l'hyperchlorhydrie, deux faits nous frappent : 1) la facilité avec laquelle le pylore se ferme chez les hyperchlorhydriques : 2) la nature spasmodique de leur constipation habituelle. 1) La facilité avec laquelle le pylore reste fermé chez les hyperchlorhydriques est mise en évidence par la stase alimentaire si fréquente chez ces malades ; par le retard de l'évacuation gastrique dans les cas où il n'existe pas de stase ; par la fermeture spasmodique du pylore dans la crise d'hyperchlorhydrie dans laquelle le vomissement est le seul moyen d'évacuation de l'estomac ; enfin, par les recherches expérimentales sur l'action inhibitrice de l'acide chlorhydrique sur les mouvements de l'estomac chez le chien (Pawlow) 2) La nature spasmodique de la constipation habituelle chez ces malades est évidente ; il suffit pour s'en rendre compte de palper leur abdomen.

Comment expliquer ces faits ? Le séjour prolongé des aliments dans l'estomac semble dû à l'action inhibitrice de l'acide chlorhydrique (voir plus haut). Cependant cette action n'est pas telle qu'à un moment donné le pylore ne s'ouvre et ne laisse pénétrer dans le duodénum une première gorgée de chyme acide. A ce moment, part de la muqueuse duodénale, distendue et acidifiée, le réflexe de fermeture du pylore, grâce auquel le reste du contenu acide de l'estomac est maintenu dans la cavité gastrique. En même temps, l'HCl inhibe les mouvements péristaltiques (1) secondaires (2) et met en train la sécrétion pancréatique (Pawlow). Le même auteur a fait voir que la présence d'un liquide riche en produits digestifs peptiques excite la sécrétion de la bile ; que ces sécrétions elles-mêmes, particulièrement la pancréatique, mettent localement en train la sécrétion intestinale, d'où, en fin de compte, neutralisation du chyme, annihilation des ferments peptiques et substitution de la digestion intestinale à la digestion stomacale. Il faut remarquer au reste, que l'action inhibitrice de l'HCl sur les mouvements péristaltiques intestinaux est le complément harmonieux de son action chimique excitatrice de la sécrétion pancréatique : le séjour prolongé du chyme dans les premières portions de l'intestin, ayant pour résultat sa neutralisation plus parfaite et plus rapide.

Chez les hyperchlorhydriques, la neutralisation du chyme demandant une sécrétion alcaline plus abondante sera plus longue que chez les eupeptiques s'il n'y a pas une hypersécrétion glandulaire compensatrice et peut-être même en ce cas : par conséquent, de ce fait, il y aura retard à l'ouverture pylorique. L'écluse pylorique s'ouvrant et se refermant plus rarement chez les hyperchlorhydriques que chez les individus normaux, on peut admettre, étant donné ce que nous savons à l'heure actuelle de l'harmonisation de tous les actes sécrétoires et moteurs qui se passent dans le tube digestif, que les mouvements péristaltiques intestinaux sont eux-mêmes ralentis, inhibés, d'où un séjour plus prolongé de chaque « éclusée » dans l'intestin, une absorption plus complète, et l'on s'explique ainsi qu'en fin de compte les produits alimentaires arrivent dans le gros intestin ayant perdu plus d'eau qu'à l'ordinaire. Ces matières durcies prématurément jouent alors vis-à-vis du côlon le rôle de corps étrangers sur lesquels celui-ci se contracture. On sait en effet combien l'intestin est sensible aux excitations mécaniques (1), et, également, que ces excitations mécaniques ont peu de tendance à progresser à distance, d'où la localisation du spasme dans les logettes du côlon, où finalement les matières se transforment en des scybales qu'expulsent péniblement les malades.

On voit qu'ainsi s'explique d'une façon satisfaisante la constipation habituelle des hyperchlorhydriques. Comment faut-il maintenant interpréter les faits chez les hyperchlorhydriques diarrhéiques ?

Un premier point est évident : c'est qu'il existe chez ces malades un certain degré d'insuffisance pylorique. au lieu de rester obstinément fermé au moment de la crise, et dans les périodes interparoxystiques, de ne laisser passer le chyme acide que par gorgées espa-

(1) Dans cinq expériences sur des chiens, faites dans le laboratoire de M. le Professeur Wertheimer, nous avons vu chaque fois disparaître les mouvements péristaltiques et les contractures du duodénum, en injectant directement dans l'anse, tantôt 100, tantôt 60, tantôt 10 cmc. d'une solution d'HCl à 10 °/oo.

(2) Nous disons secondaires, parce que des recherches récentes de Cannon et de Roux et Balthazard, il semble bien ressortir qu'à chaque ouverture du pylore, correspond une contraction duodénale immédiate qui vide les abords immédiats du pylore.

(1) Il suffit, comme nous l'avons fait chez des chiens, dans le laboratoire du professeur Wertheimer, d'introduire dans l'intestin une boule de cire, ou des billes de la même dimension que cet intestin pour voir aussitôt se produire une constriction au-dessus et au-dessous de ces corps étrangers.

cées, chez eux, le pylore laisse passer, soit plus souvent, soit en plus grande quantité que chez les autres, le contenu gastrique dans le duodénum La nécessité d'admettre l'existence de cette insuffisance pylorique saute aux yeux, particulièrement dans les diarrhées paroxystiques. En effet, dans la crise d'hyperchlorhydrie classique, le pylore reste obstinément fermé, et le malade ne peut libérer son estomac que par des vomissements. Au contraire, le pylore s'ouvre-t-il chez certains malades, ceux-ci présentent alors de la diarrhée en même temps que des vomissements; s'ouvre-t-il, non plus temporairement, mais complètement en même temps que le cardia se ferme, il n'existe plus de vomissements, mais uniquement de la diarrhée. L'explication est la même pour la forme chronique. La réalité de ce fait est au reste rendue palpable aussi bien dans les crises paroxystiques que dans la forme permanente dans les cas de lientérie, où on retrouve dans les garde-robes des aliments ingérés peu de temps auparavant.

Ce premier point posé, comment s'explique la diarrhée? Celle-ci, d'une façon générale, on le sait, peut être due, soit à une hypersécrétion des sucs biliaire, pancréatique, intestinal, soit à l'exagération des mouvements péristaltiques. A laquelle de ces influences faut-il la rattacher chez nos malades, ou faut-il la rattacher aux deux?

1) Il y a certainement exagération du péristaltisme intestinal. a) Cette exagération est démontrée en effet: par ce fait que certains malades atteints d'hyperchlorhydrie, ont, non de la diarrhée, mais, ainsi que nous l'avons dit, seulement une évacuation rapide du contenu intestinal (1). Or, nous avons admis plus haut comme absolument démontré que l'HCl inhibe les mouvements péristaltiques intestinaux. Ce n'est donc pas à lui qu'il faut rapporter l'exagération de ce péristaltisme, mais à un phénomène secondairement engendré par lui. Nous y reviendrons tout-à-l'heure.

b) Une deuxième preuve de l'exagération du péristaltisme intestinal est donnée par la présence de certains aliments dans les garde-robes une demi-heure après leur ingestion.

b) Y a-t-il en même temps hypersécrétion biliaire, pancréatique ou intestinale.

On pourrait supposer à priori, en effet, que la présence dans le duodénum d'un liquide gastrique contenant une quantité exagérée d'HCl et de peptones, détermine l'hypersécrétion de suc pancréatique et de bile. Mais si l'hypersécrétion biliaire existait en quantité notable, on constaterait plus fréquemment des selles bilieuses comme cela se rencontre dans la diarrhée des cholémiques. Si l'hypersécrétion pancréatique était notable, les selles évacuées rapidement après les repas seraient vraisemblablement neutres ou alcalines, or nous savons qu'elles sont acides, au moins dans un certain nombre de cas.

Il faut donc admettre que s'il y a hypersécrétion, cette hypersécrétion n'est en grande partie ni biliaire, ni pancréatique, elle est donc intestinale et surtout aqueuse et muqueuse.

On sait en effet que l'introduction dans l'intestin de corps étrangers (telles les parties alimentaires non digérées qu'on retrouve dans les selles en cas de lientérie, de substances chimiques irritantes telle toute la série des purgatifs) détermine une hypersécrétion aqueuse et muqueuse qui a pour résultat de diluer les corps nocifs et de les rendre moins irritants. La même chose se passe chez les hyperchlorhydriques qui évacuent de leur estomac dans leur intestin un chyme nocif, cette *hypersécrétion de défense* se produisant surtout dans les régions de l'intestin non habituées au contact de l'acide. C'est cette hypersécrétion aqueuse et muqueuse qui, selon nous, met elle même en branle le péristaltisme évacuateur et non l'HCl lui-même. Il est possible du reste que dans certains cas, à ce mécanisme prépondérant viennent se joindre un certain nombre de causes accessoires, telle que l'hypersécrétion biliaire, mais le mécanisme fondamental reste le même.

En somme, il faut considérer, à notre sens, les réactions de l'intestin vis-à-vis de l'estomac hyperchlorhydrique, comme étant toujours des réactions de défense aussi bien lorsqu'il s'agit de diarrhée, que lorsqu'il s'agit de constipation. Dans la forme vulgaire, l'intestin se défend contre l'introduction du chyme hyperacide, en espaçant les éclusées pyloriques, et la constipation est la conséquence de ce mode de défense; mais si ce mode de défense est inefficace pour une raison quelconque, l'intestin se défend en expulsant et en diluant le chyme hyperacide qui a forcé la porte.

On voit en fin de compte, que dans notre hypothèse, l'insuffisance de l'occlusion pylorique est l'origine de la forme intestinale de l'hyperchlorhydrie. A quoi

(1) Nous avons rencontré ce fait aussi bien dans les crises d'hyperchlorhydrie que dans la forme permanente.

convient-il de l'attribuer elle même ? A des influences nerveuses, évidemment, puisqu'il s'agit d'un phénomène d'asthénie musculaire.

L'influence du système nerveux dans ces faits, est, au reste, démontrée par les phénomènes de dépression intense qui accompagnent la crise, par les violentes douleurs abdominales que l'on note en même temps, par l'influence provocatrice secondaire des émotions, du refroidissement, que l'on retrouve ici comme dans tant de cas de diarrhée.

Cette asthénie est-elle d'origine centrale ou d'origine périphérique ? Nous la croyons plutôt d'origine périphérique à cause du moment tardif où se produit la diarrhée chez les hyperchlorhydriques, soit qu'il s'agisse de diarrhée critique, soit qu'il s'agisse de diarrhée permanente, mais c'est là un point qui peut être discuté.

En résumé : il existe une forme diarrhéique ou intestinale de l'hyperchlorhydrie qui peut se présenter sous deux aspects cliniques différents : la forme paroxystique et la forme continue ou permanente.

Le diagnostic de cette forme, le plus souvent impossible sans l'examen chimique du contenu gastrique, est important à poser ; le pronostic et le traitement de l'affection en dépendent.

Cette forme de l'hyperchlorhydrie est liée, selon nous, à une insuffisance pylorique, et doit être considérée comme la conséquence d'une réaction de défense de l'intestin vis-à-vis du chyme hyperacide.

Consultations Médico-Chirurgicales

Helminthiase intestinale

Professeur-agrégé E. AUSSET.

INFORMATIONS CLINIQUES. — A) Un enfant présente des troubles digestifs vagues : il est irritable, il a de l'insomnie, se plaint de céphalées fréquentes ; il vomit assez souvent, son pouls est agité, parfois irrégulier, il a des pâleurs et des rougeurs subites de la face. Si, après avoir examiné minutieusement tous les organes, on ne constate rien d'anormal pouvant expliquer ces symptômes, on est en droit de soupçonner la présence des vers intestinaux. On trouvera alors dans les selles soit des vers, soit des œufs qu'on reconnaîtra facilement au microscope. La présence de ces œufs, à défaut du ver, peut seule autoriser le diagnostic d'*ascarides lombricoïdes*. L'origine de ces vers se retrouvera toujours dans l'alimentation. Si l'enfant est au sein, on peut être assuré qu'il ne s'agit pas de ces parasites ; s'il est au biberon, on retrouvera dans le coupage du lait par une eau impure l'origine des ascarides lombricoïdes.

B) Un enfant est amené pour des démangeaisons anales très pénibles, accompagnées de ténesme ; ces démangeaisons s'accentuent encore plus quand il est couché, et il reste souvent plusieurs heures avant de pouvoir s'endormir ; la nuit il se réveille, recommence à se gratter, se plaint et crie. A l'examen, on trouve un peu d'eczéma dans les plis inguinaux, au niveau desquels se rencontrent des petits vers blancs de 3 millimètres en moyenne. Au niveau de l'anus, la muqueuse est rouge, parfois excoriée par le grattage, et en la déplissant on découvre une multitude de parasites. Si l'on donne un lavement froid, et que l'on examine les matières rendues, on rencontre encore les mêmes vers très abondants, des *oxyures vermiculaires*.

C) Chez un enfant qui, quelque temps auparavant, a pris de la viande crue dans un but thérapeutique, ou qui mangeait déjà des viandes saignantes, on trouve dans les selles ou même dans les vêtements, en dehors de la défécation, des fragments plus ou moins longs, d'aspect blanchâtre, aplatis, rubanés et constitués par deux ou plusieurs anneaux articulés ensemble. Si l'on avait un simple soupçon l'administration d'un purgatif provoquerait l'issue d'un grand nombre de ces anneaux. L'examen de ces anneaux peut déjà renseigner sur l'espèce de ce tœnia : Si les pores génitaux sont placés sur le milieu des bords des anneaux, en alternant d'une façon irrégulière, il s'agit du *tœnia inerme* ; si l'alternance des pores génitaux est régulière, il s'agit du *tœnia armé*. Enfin si les pores génitaux sont au milieu des anneaux, c'est un *bothriocéphale*. Ces parasites évoluent le plus habituellement sans aucun symptôme fonctionnel ; tout au plus observe-t-on quelquefois quelques troubles digestifs analogues à ceux notés pour l'ascaride lombricoïde.

INDICATIONS CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES. — On a longtemps attribué aux vers intestinaux un rôle considérable en pathologie infantile ; puis, par une réaction exagérée, on a été jusqu'à prétendre que ces parasites n'étaient susceptibles de jouer aucun rôle fâcheux. La vérité est entre ces deux extrêmes ; à côté d'accidents hypothétiquement attribués à l'helminthiase intestinale, des cas peuvent se présenter où les vers donnent naissance à un processus morbide parfois très inquiétant. Déterminer la relation de cause à effet, sans tomber dans le simplisme, n'est pas toujours aisé.

Pathogénie mise à part, il est toujours cliniquement indiqué de débarrasser un intestin des parasites qu'il

contient et l'évacuation intégrale de ces hôtes doit toujours être recherchée.

TRAITEMENT. — Le traitement curatif ou évacuateur se double d'un traitement prophylactique.

B) **TRAITEMENT CURATIF.** — Il varie suivant la nature du parasite soupçonné ou découvert.

Ascarides lombricoïdes. — Dans le cas d'ascarides lombricoïdes, on s'adressera au **semen-contra**, que l'on donnera à la dose d'un à deux grammes, suivant l'âge, dans un peu de miel, le matin une heure avant le premier repas. Puis le lendemain matin, on prescrira le paquet suivant :

Calomel	āā o gr. 15 centigr.
Scammonée	

ou encore :

Scammonée	āā o gr. 25 centig.
Poudre de jalap	

Oxyures vermiculaires. — Lors d'oxyures, pendant huit jours on donnera tous les matins un lavement froid avec une infusion de **fenouil**, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine. Tous les soirs, en couchant l'enfant, on introduira le suppositoire suivant :

Calomel	o gr. 15 centigr.
Beurre de cacao	2 grammes

Pendant la journée, on introduira dans l'anus, assez profondément, gros comme un pois d'**onguent napolitain**.

Puis, comme les oxyures siègent fréquemment assez haut dans le gros intestin, on administrera un antihelmintique par la voie gastrique, deux grammes de **semen-contra**, le matin à jeun.

Tœnias. — Dans la première enfance, au-dessous de deux ans, il faudra se contenter comme tœnifuges des antihelminthiques tels que semen-contra, fenouil. Si l'enfant a plus de deux ans, on administrera le **kousso**, à la dose de six à huit grammes, en granulé, ou mêlé à de la confiture. **La pelletiérine, toxique pour les enfants, ne doit pas être prescrite.** Par contre une bonne préparation pour les enfants, c'est **l'extrait éthéré de fougère mâle**, que l'on prescrira ainsi :

Extrait éthéré de fougère mâle	3 grammes
Sirop de menthe	30 grammes

à prendre, le matin à jeun, en deux fois à un quart d'heure d'intervalle.

Mais il faut non seulement tuer ou engourdir le parasite, mais encore le chasser de l'intestin ; pour obtenir ce résultat, il est des règles très importantes à connaître et qu'il faut suivre sans hésitation. Un purgatif doit suivre de près l'ingestion de l'antihelminthique. On prescrira ainsi **vingt grammes d'huile de ricin à prendre une demi-heure après** l'absorption du tœnifuge. Puis on fera garder le **repos au lit** afin d'éviter les vertiges, les nausées qu'on observerait autrement. Pour éviter la fragmentation facile du tœnia au moment de l'expulsion, **l'enfant ira à la selle sur un vase plein d'eau tiède** ; la masse du ver sera ainsi soutenue par le liquide et le tiraillement sera moindre. On devra rechercher si la tête a été expulsée.

En cas d'insuccès, il faut **attendre au moins six semaines avant de recommencer la médication.**

B) **TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.** — Les recommandations qui constituent cette partie du traitement ne sont pas inutiles à observer : la récidive de l'helminthiase intestinale, si fréquente et si ennuyeuse pour l'enfant comme pour son médecin, tient à leur méconnaissance.

Lombrics. — Les matières fécales chargées de ces vers devront être ou brûlées ou désinfectées avec du **sulfate de cuivre** par exemple. Les enfants ne devront boire que de l'**eau bouillie** ou **filtrée** ; si on donne des fruits crus ou des légumes crus ils devront être **très** soigneusement lavés. Il sera non moins utile de les **empêcher de jouer avec le terreau de jardin**, où les lombrics s'accouplant et rampant aux heures fraîches de la journée, déposant leurs œufs.

Oxyures. — Avec les oxyures, la récidive est fréquente ; on fera une **toilette soignée des mains**, que les enfants portent si souvent à leur bouche et qui ont été infectées pendant les grattages. On prendra en plus toutes les précautions recommandées contre les lombrics.

Tœnias. — Le tœnia provenant souvent de la viande crue du bœuf, si on veut employer chez l'enfant cette thérapeutique par la viande crue, on prescrira du **mouton** ou du **veau**. L'éloignement d'animaux, tels que le chien, susceptibles de porter le tœnia, sera conseillé, tout au moins le traitement concomitant de l'animal.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Nous apprenons avec satisfaction qu'une citation au **Prix Montyon** (médecine et chirurgie) a été accordé par l'Académie des Sciences à notre excellent collaborateur M. C. Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille.

— M. le docteur Malinas, médecin principal de 1re classe, quitte Lille pour la direction du service de santé de la division d'occupation de Tunisie. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de départ.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

Septième Année. N° 3. Le Numéro : 10 centimes. 18 Janvier 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de typhus exanthématique (1)

par le docteur **F. Combemale**,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

Vanh..., Frédéric, âgé de 42 ans, charretier, est entré le 6 janvier 1903 dans le service de la clinique médicale de la Charité, salle Ste-Adèle, n° 6. On ne lui découvre aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Marié et père de huit enfants, il est soigné par un confrère de la ville pour, disent la femme et les personnes qui l'accompagnent, une fièvre typhoïde ; son délire, l'absolue nécessité de soins immédiats ont décidé la famille à se séparer de lui.

C'est il y a environ un mois que le malade se sentit fatigué, courbaturé, la tête lourde et barrée, l'appétit très diminué. La fièvre survenue brusquement le força à se coucher.

La fièvre fut intense d'emblée ; non moins précoce fut un délire bruyant et marqué ; souffrant du ventre, le malade eut dès les premiers jours une diarrhée fétide et très abondante. Vers la seconde semaine de sa maladie, la figure et le cou se congestionnèrent au point qu'on les aurait dit tuméfiés. Les yeux saillants s'injectèrent de sang ; à peu près en même temps sur tout le corps, le visage excepté, apparurent des taches rouges et violettes ; plusieurs même assez étendues ressemblaient à de petites ecchymoses. La langue était sèche et rôtie, les dents fuligineuses. Cet aspect clinique durait encore lorsqu'il fut amené à l'hôpital.

A son entrée dans les salles, le malade n'est pas prostré, il répond lentement, mais bien aux questions qu'on lui pose ; il se plaint surtout de la tête, le ventre n'est plus douloureux, il est souple. La diarrhée n'a pas disparu, les selles sont encore fréquentes et jaunâtres. La température donne 36,8 le soir et 36,4 le matin.

Le 7 janvier, à l'examen du malade, on le trouve couvert de sueur, des pieds à la tête ; sur la poitrine comme sur le ventre se montrent des sudamina. L'aspect, le décubitus, le visage ne sont pas celui d'un fébricitant ; il répond nettement, mais lentement ; le pouls est calme. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'existence, sur les membres supérieurs, depuis les épaules jusqu'aux mains, sur les cuisses, les jambes, au niveau de la région lombaire, d'une multitude de taches pétéchiales de petites dimensions aux divers stades de leur évolution, les unes récentes, les autres tendant à s'effacer, surtout multipliées sur les avant-bras et les cuisses.

Les 8 et 9 janvier l'état général s'améliore, la diarrhée a disparu, la température est 36,6 le soir et 36,4 le matin. Les pétéchies tendent à disparaître de plus en plus au niveau de la racine des membres. Le séro-diagnostic est négatif, relativement à la fièvre typhoïde..

J'ai reconnu là, quoique se présentant dans des conditions anormales, un cas de typhus exanthématique. Avant tous renseignements, j'avais porté ce diagnostic, sur le vu de l'éruption pétéchiale, et en raison de la défervescence rapide sinon brusque, ainsi que des abondantes sueurs critiques constatées. Après les renseignements recueillis auprès de la famille, je maintiens ce diagnostic : délire, éruption pétéchiale, turgescence de la face et des conjonctives sont caractéristiques ; seule, la diarrhée pourrait en imposer pour une fièvre typhoïde, mais le séro-diagnostic

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 9 janvier 1903.

négatif empêche de tomber dans cette erreur. Il s'agissait donc d'un cas de typhus exanthématique.

La question se pose si, ce premier cas est isolé, restera isolé ; ou bien s'il est le premier observé d'une série déjà ouverte ou d'une série à ouvrir. J'estime qu'il est le premier cas caractérisé d'une série déjà ouverte. Depuis plusieurs mois nous observons aux pavillons d'isolement des cas de variole, dans lesquels les pétéchies sont nombreuses, précoces, durables ; ces cas de variole sont généralement graves, attaquent les adultes, se compliquent de délire. Aussi, l'impression clinique survenue après coup que du typhus se superpose ou bien se mêle à la variole ne fait-elle depuis plusieurs jours que se fortifier dans mon esprit. Et je pense que deux épidémies, variole et typhus, se donnent la main, se renforcent.

De cette impression découle une conclusion peu rassurante pour l'état sanitaire de Lille ; c'est que nous sommes à l'aurore d'une épidémie de typhus exanthématique succédant à celle de variole qui finit à peine. L'enseignement pour les autorités à tirer de ces réflexions, c'est que des mesures hâtives devraient être prises pour prévenir le retour de l'épidémie de 1893.

L'OBSTÉTRIQUE A LA CAMPAGNE

A propos d'un cas d'éclampsie

par le docteur **Delbecq**, de Gravelines

Les mœurs médicales des habitants des campagnes rendent parfois bien pénible la tâche de l'accoucheur. En effet, ailleurs, une femme enceinte sait à peu près quand elle doit accoucher et pousse en général la déférence jusqu'à prévenir, six semaines ou deux mois avant la date pour laquelle « elle attend », l'accoucheur de son choix. A la campagne, l'hygiène de la grossesse est dirigée par les conseils de quelques matrones qui servent de trait d'union, d'arbre de transmission à mille superstitions ou préjugés du siècle passé, lime rendue par elles inattaquable aux dents du temps qui a la réputation de tout attaquer cependant ; seul, le médecin en est exclu.

Dès lors, si un cas d'éclampsie se présente, vous n'avez pas pu songer à le prévenir, et vous vous trouvez, vous praticien de campagne, devant une attaque survenue en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement, et qui motive votre intervention dans un acte qui semble si naturel que l'on est habitué à le voir s'accomplir sans autre secours que celui d'une voisine, d'une « femme hardie » qui osera cueillir le fruit de l'arbre de vie.

Voilà comment je fus appelé à recueillir l'observation suivante que j'ai cru assez intéressante pour être soumise à la Société centrale de médecine du Nord.

Le vendredi 31 janvier, je suis appelé auprès de madame L...-L..., demeurant à cinq kilomètres de chez moi, sans pouvoir pressentir par le messager de quoi il s'agit. En arrivant je constate que madame L... est enceinte de six mois et se trouve en pleine attaque d'éclampsie. C'est sa troisième grossesse. Les convulsions sont déjà très violentes et il n'y a aucun travail utérin commencé. Pour assurer mon diagnostic, je la sonde, et l'urine, chauffée sur une lampe à pétrole, dans une cuiller en fer, me donne un précipité abondant qui n'est point dissous par le vinaigre ajouté.

Saignée immédiate donnant 400 grammes de sang épais et noir. Tandis que l'on va chez le pharmacien chercher le chloral et le chloroforme nécessaires, j'observe un moment la malade ; l'attaque se produit de la façon suivante : Brusquement, pendant un coma profond, apparaît une convulsion violente amenant la rotation de la tête à droite, et le spasme de la mâchoire, qui semble vouloir couper une langue trop large pour la bouche et débordant l'arcade dentaire. La face se congestionne et prend une teinte violacée. Le cou se gonfle, tout le corps se raidit, et au bout d'un laps de temps variant de trois à quatre minutes, survient la résolution dans un coma ressemblant au coma apoplectique : la malade « fume sa pipe », les attaques se succédant rapidement, je donne le seul calmant que j'aie avec moi, deux centigrammes de morphine en injection sous-cutanée.

Le calme survient vingt minutes après l'injection, calme relatif qui permet d'attendre les médicaments. On donne d'heure en heure une cuillerée à soupe d'une préparation de chloral renfermant un gramme de ce médicament par cuillerée et un lavement renfermant cinq grammes de chloral. Le chloroforme est donné pour aider à faire cesser les attaques qui se représentaient sans discontinuer. A cinq heures du matin, cinq grammes de chloral ont été pris par la bouche, trente grammes de chloroforme respirés. Le calme se fait de nouveau. On continue le chloral par la bouche. La malade retrouve connaissance, mais ne dort pas.

La journée du samedi se passe avec quatre ou cinq attaques. La malade, qui ne dort toujours pas, supporte bien son chloral et absorbe une grande quantité de lait. Peu d'urine renfermant toujours une très grande quantité d'albumine. Aucune contraction utérine semblant devoir amener l'expulsion du fœtus. La température oscille autour de 39°.

Le dimanche, à midi, la situation, qui s'était améliorée jusque-là, s'aggrave de nouveau. Les attaques se rapprochent et durent plus longtemps. Peu d'urine toujours très chargée en albumine. Mon confrère, le docteur Pruvost, de Bourbourg, qui voit la malade avec moi à 6 heures du soir, est d'avis d'attendre encore avant d'intervenir. On redouble chloral et chloroforme durant toute la nuit du dimanche au lundi.

Le lundi, la situation continue à s'aggraver malgré une injection d'un litre et demi de sérum artificiel. Aucun travail d'accouchement ne se fait. Les crises sont subintrantes, la malade semble asphyxiée. Nous jugeons, mon confrère et moi, devoir intervenir et vider l'utérus. Il est trois heures après midi, la malade est poussée au chloroforme et placée sur une table dans la position obstétricale. J'introduis dans le col non dilaté et abaissé par une pince de Museux, un dilatateur à trois branches de Scanzoni que j'ouvre assez rapidement ; l'instrument est remplacé par mes deux index. Bientôt la main droite mise en cône, peut être introduite ; je saisis le fœtus par les pieds. Version et extraction sans difficulté ; l'arrière-faix suit immédiatement. Le tout a duré vingt minutes, le fœtus est vivant encore, mais faible et présente des spasmes. Il est bien

mé et de développement moyen. Il a succombé à nvulsions quelques heures plus tard.
rétraction utérine se fait normalement. A peine s est-il vidé que la malade semble plus calme. La ne se représente plus si intense, ni si longue. La e dort entre ses crises, le chloral est continué. Dans quelques crises se représentent, facilement com s par le chloroforme.
inuit, n'ayant pas d'urine, une nouvelle injection tre de sérum artificiel est donnée, lentement, comme cédentes, au moyen d'une douche d'Esmarck et d'une e en acier ; la malade semble stimulée par cette on. Elle n'a pas encore retrouvé connaissance, mais end du lait à la cuiller et il suffit de quelques bouf- chloroforme pour conjurer les attaques qui s'espa- aintenant à des intervalles de trois quarts d'heure heure.
ardi à six heures du matin le chloral n'est plus par la bouche que de deux en deux heures.
l'après-midi du mardi, la malade a uriné au t où on la mettait sur le vase pour lui donner une on vaginale. Le précipité d'albumine est beaucoup abondant.
malade reprend connaissance par intervalles vers res du soir. La situation s'améliore rapidement. très soif et boit beaucoup de lait.
dernière crise peu intense se produit à dix heures . Puis l'amélioration s'accentue rapidement.
umine a complètement disparu le huitième jour. lade boit trois ou quatre litres de lait par vingt- heures. Les suites de couches sont absolument es. L'état mental de la malade est plus lent à se e. Elle a une amnésie partielle portant sur des les de choses très nettement limitées. Cet état se graduellement et le vingt-et-unième jour la malade re considérée comme guérie. Cette guérison s'est ment maintenue depuis.

s sont les points intéressants de cette observation ?

sujet. — L'éclampsie semble être de beaucoup plus te chez les primipares que chez les multipares ; si que CHARPENTIER, totalisant les cas d'éclampsie isés en primipares et multipares, de nombreux , trouve, sur 683 cas d'éclampsie, 522 primipares 161 multipares. Et si l'on tient compte que l'éclamp- laté dans le cas présent à six mois, cela rendra le s intéressant encore, puisqu'on ne trouve d'obser- de ce genre que dans la proportion de un cas sur l'éclampsie chez les multipares.

utre, l'éclampsie est rare chez les femmes mariées nant à une classe moyenne de la société et chez les aucune des causes qui semblent rendre plus te l'éclampsie chez les filles-mères ou chez les gens de grandes privations ne peut être invoquée.

es prodromes. — Il n'y en a eu que deux : un som- mateux depuis huit à dix jours avant l'attaque et sation de fatigue qui poussa la malade à se remettre une heure à peine avant l'apparition des accidents.

Nature des accès. — L'accès d'éclampsie semble uire ici le type de l'éclampsie cérébrale de COHEN. t, le début brusque de l'affection, l'accès atteignant d'emblée son summum sans gradations d'aucune sorte et la résolution dans le coma, l'absence de contraction utérine, la contracture des mâchoires et la propulsion de la langue, la rotation de la tête à droite, la durée prolongée de la maladie, sont conformes au tableau qu'il en trace.

Deux symptômes ne concordent pas : il n'y a point d'excrétions involontaires et les narcotiques ne restent pas sans effet d'une façon absolue.

IV. *La terminaison par l'accouchement forcé.* — CHARPENTIER, après avoir dit que TARNIER, BUSCH, BAILLY, n'acceptent l'accouchement prématuré que sous certaines réserves : que DUBOIS, PAJOT, BLOT, DEPAUL le rejettent absolument, dit en parlant de l'accouchement forcé « à plus forte raison repoussons-nous l'accouchement forcé, dont il ne peut être question en aucun cas ».

Sans admettre d'une façon absolue la distinction de COHEN en éclampsie utérine et éclampsie cérébrale, il faut néanmoins rechercher durant un cas d'éclampsie qui se prolonge si la cause de la maladie réside plutôt dans l'intoxication albuminurique que dans une cause mécanique ou autre d'origine utérine. Car, cette dernière origine étant admise, il n'y aurait pas à hésiter, devant la gravité du cas.

Comme je le disais plus haut dans l'observation que je viens de rapporter, il semblait qu'on fût en présence d'un cas typique d'éclampsie cérébrale et que l'évacuation de l'utérus chez une multipare qui n'offre pas de développement exagéré du ventre, qui ne présente pas de symptôme de distension ou de gêne utérine, ne doit conduire à aucun résultat.

Mais si l'on tient compte tout d'abord de l'incertitude persistante sur la cause réelle de l'éclampsie, puis des multiples manières de voir les auteurs qui vous donnent toutes les opinions depuis le « Ne touchez jamais à l'utérus » de CHARPENTIER jusqu'au « Videz l'utérus immédiatement dès qu'il y a éclampsie » de DERBECQ, il m'a semblé légitime, le traitement médical ayant échoué, l'utérus ne présentant aucun symptôme de travail, malgré la violence d'accès en nombre extraordinaire se prolongeant depuis soixante-cinq heures, la malade étant dans une situation telle, que la mort devait fatalement et prochainement survenir, il m'a semblé légitime, dis-je, d'intervenir du côté de l'utérus et de faire l'accouchement forcé.

En effet, quelle que soit la nature de l'éclampsie, elle se lie intimement à l'état de grossesse. Il ne s'agit pas ici d'urémie, puisque la température oscille entre 39 et 40 ; il ne s'agit pas d'épilepsie, l'albuminurie et l'état de grossesse, la nature des crises permettant un diagnostic précis. Dès lors se présente à l'esprit l'axiome « Sublata causa, tollitur effectus » et que la grossesse soit la cause causale ou la cause occasionnelle des accidents actuels, il me semble tout indiqué de la supprimer.

Aussi ce cas m'a-t-il amené à la manière de voir suivante :

Si l'éclampsie éclate en cours de grossesse, si le traitement médical a échoué sans prolonger indéfiniment l'attente, il y a lieu de vider l'utérus. Et en outre si l'état général de la malade se trouve gravement compromis, raccourcir encore cette période d'attente.

Cette observation, les circonstances qui l'ont entourée montrent combien il est indispensable au médecin de campagne, souvent isolé, souvent privé de ces ressources matérielles et intellectuelles, qui abondent dans les grandes villes, de se faire une opinion nette sur ces cas graves devant lesquels il se trouve placé brusquement, et auxquels il est souvent appelé à donner une solution aussi rapide que personnelle. Malheureusement, ce n'est pas dans les auteurs que l'on peut arriver à se la faire, cette opinion, car il y a souvent une divergence telle que si malheureusement on les consulte avant d'intervenir, le doute et son sosie l'hésitation s'empareront de nous au plus grand détriment du malade. En médecine plus que n'importe où, il faut examiner les conditions dans lesquelles se présente chaque cas, et telle solution pratique dans un hôpital où rien ne manque sera absolument impossible dans un milieu où le médecin, seul pour tout faire, se débat contre l'absence d'aides, de ressources matérielles, la longueur des routes à parcourir et la multiplicité des formes du travail.

En somme, ce qui m'a déterminé à agir comme je l'ai fait dans le cas que je viens de rapporter, c'est ma propre expérience. Depuis quinze ans que j'exerce, j'ai rencontré six cas d'éclampsie. Deux en cours de grossesse, celui que je viens de rapporter et celui d'une femme primipare de quarante ans chez laquelle l'accouchement se produisit vingt-quatre heures après la première crise et qui guérit, elle aussi.

Trois cas au moment du travail. Le premier, une secondipare atteinte d'affection cardiaque accoucha pendant une crise d'éclampsie, vit ses crises cesser, puis reprendre après vingt heures, pour succomber à la vingt-troisième heure dans une crise. Le second, une primipare de vingt-deux ans, malade, avec œdème de la figure et des jambes, céphalée et troubles de la vue depuis le sixième mois de la grossesse et n'ayant suivi aucun traitement. L'éclampsie éclate pendant le travail. Aussitôt le col dilaté, application de forceps. L'éclampsie persiste et la mort survient trente heures après la délivrance.

Le troisième, une primipare de 16 ans 1/2, éclampsie au moment du travail. Rupture prématurée de la poche des eaux et application de forceps. Guérison.

Enfin un cas après le travail, l'éclampsie éclate huit heures après l'accouchement. La malade succombe en trois heures de temps.

Dans l'éclampsie pendant le travail, les deux premiers cas étaient tels qu'une guérison semblait presque impossible à espérer. Des cinq premiers cas, il me semble permis de tirer certaines conclusions. En effet, sur cinq fois que l'utérus s'est vidé, il y a eu trois fois guérison, une fois amélioration, une fois maintien du statu quo. Dans le cas où l'amélioration ne s'est pas prolongée, il y avait une affection cardiaque, qui a pu et même dû contribuer pour beaucoup à la mort, et dans celui où l'accouchement n'a rien modifié il s'agissait d'un sujet profondément déchu. Donc, sauf les cas où le terrain est mauvais par lui-même, l'évacuation de l'utérus amène toujours une modification heureuse dans l'évolution de l'éclampsie, et il me semble légitime de confirmer ma conclusion précédemment émise à savoir que, quand le traitement médical a échoué, quand l'éclampsie persiste et que l'utérus ne se vide pas, il est tout indiqué d'aider la nature et de faire artificiellement ce que pour une cause qui nous échappe elle ne semble plus en état de faire spontanément, c'est-à-dire de vider l'utérus dont la plénitude est intimement liée à la maladie observée.

Consultations Médico-Chirurgicales

Gale

Professeur CHARMEIL.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un jeune homme d'une santé générale parfaite, sans antécédents pathologiques, se présente à la consultation d'un médecin en se plaignant amèrement d'être torturé depuis quelque temps, lui qui jamais n'a eu de manifestations morbides du côté de la peau, par des démangeaisons qui sont pour lui un véritable supplice. Ces démangeaisons sont surtout nocturnes, et le tiennent éveillé plusieurs heures après qu'il s'est mis au lit, l'obligeant à un grattage des plus énergiques et le mettant dans un véritable état d'exaspération nerveuse. Pendant la journée, sans disparaître complètement, le prurit est infiniment moins accusé. Infructueusement, le malade s'est mis à un régime alimentaire sévère, s'est abreuvé de tisanes rafraîchissantes variées; l'affection, loin de s'atténuer, fait de jour en jour des progrès.

A l'examen, le patient présente des lésions cutanées qui ont une localisation vraiment particulière : elles siègent au niveau des mains, sur les parties latérales des doigts et dans les espaces interdigitaux ; au niveau du poignet, dans la région de la flexion de la main, et sur le bord cubital. On les retrouve sur les avant-bras, au niveau des coudes. Si l'on fait déshabiller complètement le malade, l'on constate une intégrité complète du dos, des lésions des flancs et de l'abdomen, de la paroi antérieure des aisselles. Les cuisses, les fesses sont fortement

touchées ; enfin, la verge porte presque toujours des excoriations caractéristiques. Si l'on analyse les lésions multiples ainsi réparties, on constate une éruption essentiellement polymorphe, comprenant des papules de prurigo, des excoriations, des pustulettes, parfois des placards eczématiformes.

Un examen soigneux décèle l'élément pathognomonique, à savoir le « sillon », et pour peu que l'on y tienne, on peut, du fond de ce sillon, ramener au bout d'une aiguille le parasite, cause de toute l'évolution pathologique.

Mais si le parasite est toujours et partout le même, il n'en est pas ainsi pour les réactions qu'il provoque, qui sont manifestations essentiellement individuelles. Ce sont ces réactions si variables qui font de la gale une maladie très diverse dans son expression symptomatique : gale pustuleuse de l'enfant ; gale simplement prurigineuse dite « des gens du monde » ; gale compliquée d'éruptions eczématiformes, impétigineuses, etc., etc.

Rappelons les localisations plus particulières à la femme du côté des mamelons, où la gale revêt si fréquemment un caractère eczématiforme.

Dans l'interrogatoire du malade, il ne faudra jamais négliger de s'informer si celui-ci ne cohabite pas avec une autre personne ; la contagion est dans ces cas à peu près fatale, et le fait que deux personnes couchant dans le même lit sont atteintes d'une affection prurigineuse offrant les caractères généraux que nous venons de passer en revue rend singulièrement plus aisé le diagnostic.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Il faut avant tout détruire le parasite cause des manifestations morbides ; dans bon nombre des cas, tout rentrera immédiatement dans l'ordre. Ce n'est que dans les gales compliquées, alors que des infections surajoutées sont venues aggraver l'état pathologique, qu'il y aura lieu, après guérison de l'affection protopathique, de s'occuper de ces séquelles. Chez bon nombre de malades, ce sont les infections secondaires qui, sous forme d'impétigo, d'eczéma, de furoncles, dominent la scène quand le médecin est appelé à intervenir. L'inflammation du tégument est telle que le patient ne saurait supporter le traitement toujours irritant qui aboutit à la destruction de l'acare ; il faut traiter alors les complications, et par une thérapeutique appropriée mettre la peau en état de tolérer les parasiticides.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste, tout d'abord, à rendre accessible l'acare qui est gîté au fond des sillons et sous les exsudats croûteux qui les recouvrent fréquemment, puis, à le tuer à l'aide de parasiticides appropriés.

Il faut tenir compte, dans le choix du parasiticide, de la susceptibilité cutanée du malade, et aussi de son état social.

Téguments à réactions normales. — La frotte ou la méthode de Vlemingks, sont à préférer, si la vigueur de l'action n'a pas à compter avec la réaction locale et si la condition du malade exige une cure rapide.

Frotte. — La frotte, telle qu'on la pratique dans le traitement dit « Traitement de l'Hôpital Saint-Louis, » consiste dans la série des opérations suivantes :

Premier temps. — Sur tout le corps **friction** accentuée surtout dans les points d'élection avec du savon mou de potasse. Durée : vingt minutes.

Second temps. — **Bain tiède**, dans lequel le corps entier est frictionné sous l'eau. Durée une heure.

Troisième temps. — Le corps, essuyé, est de nouveau frictionné avec la **pommade d'Helmerich** modifiée par Hardy :

Axonge	300 grammes
Soufre	50 grammes
Carbonate de potasse	25 grammes

Durée, vingt minutes. Il est d'usage, dit Besnier, à l'hôpital Saint-Louis d'engager le malade à ne pas s'essuyer après être frictionné, et à ne pas prendre un bain avant le lendemain. Cet usage, bon dans un certain nombre de cas où la friction n'a pas été convenablement exécutée, est nuisible chez les malades qui ont la peau irritable ou irritée.

En procédant ainsi, on amène dans 90 à 95 pour cent des cas la guérison complète des galeux, et, fait important pour la population ouvrière, la cure n'a pas demandé plus de deux heures.

Méthode de Vlemingks. — La méthode belge de l'hôpital Saint-Pierre ou de Vlemingks modifiée se rapproche singulièrement de la précédente :

1° Prendre un **bain alcalin** d'une demi-heure, ce bain contenant pour deux cents litres 250 grammes de sous-carbonate de potasse. Dans le bain, le malade se frictionne tout le corps, surtout aux lieux d'élection, afin d'ouvrir les sillons.

2° Immédiatement après, **friction** à l'aide d'une brosse de crin animal assez souple avec :

Chaux vive	100 grammes
Soufre sublimé	250 grammes
Eau	1000 grammes

Cette friction doit être suffisante, mais non excessive, afin de ne pas trop irriter la peau. Pendant cette opération, le malade est exposé à l'action d'un feu assez vif pour que la dessiccation du liquide de friction se fasse rapidement, et qu'ainsi le sulfure reste incrusté dans

chacun des sillons et dans chacune des vésicules psoriques.

3° Ensuite, **bain tiède**, émollient ou faiblement alcalinisé dans le but de calmer l'irritation produite à la peau et de débarrasser celle-ci de l'excès de soufre.

4° Après le bain, large poudrage à l'**amidon.**

Ces deux méthodes donnent des résultats excellents, à condition que la peau du sujet ne soit pas trop susceptible. Elle nécessite aussi de la part du patient une bonne dose d'énergie, pour peu que les lésions soient étendues et largement excoriées.

Téguments de citadins. — Dans la clientèle de ville où l'on est généralement moins pressé qu'à l'hôpital, on peut atténuer les procédés décrits et employer des parasiticides moins irritants. En tout cas, la nécessité d'ouvrir les sillons existe toujours, et le **bain** accompagné d'un **savonnage** un peu prolongé avec un bon savon de toilette, sinon le savon mou de potasse, précédera la **friction** médicamenteuse. Parmi les formules qui ont été données, nous nous contenterons de citer :

Lanoline	100 gr.
Axonge ou vaseline	100 gr.
Carbonate de potasse	10 gr.
Soufre précipité	40 gr.
Menthol	0 gr. 50 centig.

(Besnier).

et la suivante que Kaposi considère comme « assurément le meilleur remède contre la gale » :

Axonge	100 grammes
Savon vert	50 grammes
Naphtol	15 grammes
Craie blanche pulvérisée	10 grammes

Téguments délicats ; impétiginisation et eczématisation des lésions. — Ces deux pommades, bien que beaucoup mieux tolérées que la pommade d'Helmerich ou la solution de Vlemingks, ne laissent pas que d'être encore mal tolérées dans les cas d'impétiginisation ou d'eczématisation des lésions, ou même par les peaux fines des jeunes femmes à tégument mince et délicat ou des enfants.

En pareil cas, le topique en même temps le plus efficace et le moins irritant nous parait le **baume du Pérou**. Nous l'avons employé à maintes reprises, et nous n'avons jamais eu qu'à nous en louer.

Le baume du Pérou peut être employé pur, après le bain et la friction savonneuse précédemment décrits, et en usant pour l'étaler d'un pinceau, ou mitigé. Pur, il a l'inconvénient de sa viscosité qui en rend l'étalement assez difficile. On pourra donc le mélanger à partie égale de vaseline et d'axonge, en additionnant d'une quantité variable de naphtol.

Chez les enfants, nous nous sommes bien trouvé de la pommade formulée par Brocq :

Huile d'olives	60 grammes
Onguent styrax	25 grammes
Baume du Pérou	5 grammes

Du reste, ces pommades peuvent être modifiées à l'infini suivant l'état des téguments, et **il ne faut pas que le médecin se fasse l'esclave d'une formule « omnibus »**.

Lorsque la peau est profondément infectée, et qu'une éruption impétigineuse ou eczémateuse rend impossible une cure anti-parasitaire d'emblée, il y aura lieu de traiter ces manifestations, indépendamment en quelque sorte de l'agent causal primitif, et cela jusqu'au moment où, l'inflammation calmée, on pourra recourir aux agents précédemment énumérés. Il faudra être dans ces cas très prudent, et se souvenir qu'en pareille occurrence **vouloir aller trop vite, c'est s'exposer à perdre beaucoup de temps.**

Récidives de gale. — En ce qui concerne les récidives de la gale, il faut **attendre une bonne dizaine de jours avant de recourir à une nouvelle médication**, même si les malades accusent une prolongation du prurit. Ces démangeaisons dans les jours qui suivent la cure sont fréquemment dues à l'irritation thérapeutique, ou, chez les gens nerveux, à une sorte de mauvaise habitude prise par leur système tégumentaire. Aussi ne faut-il pas, d'emblée, recommencer, car une irritation nouvelle accroîtrait de rechef les sensations prurigineuses, et l'on risquerait d'entretenir indéfiniment les démangeaisons à vouloir trop énergiquement les combattre.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 décembre 1902

Présidence de M. Dutilleul, président.

Guérison d'un cas d'hypothyroïdie

M. **Ausset** montre l'enfant qu'il a présenté le 28 mars dernier et qui est actuellement en très bon état sous l'influence du traitement thyroïdien (*sera publié*).

Pleurésie purulente guérie par intervention chirurgicale

M. **Lambret** présente un enfant de 10 ans qui a eu une pleurésie purulente, à marche lente. On fit d'abord la pleurotomie, suivie de drainage. Quinze mois plus tard, il existe une vaste cavité purulente et l'état de cachexie est très prononcé. La résection des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes est pratiquée. La gouttière costo-vertébrale est remplie d'un pus verdâtre : il s'agit d'un empyème de la grande cavité. M. Lambret fit un grattage à la curette de toute la paroi. Le poumon est actuellement au contact des côtes et on entend à l'auscultation le murmure vésiculaire. L'enfant va bien et son poids a augmenté de quatre kilos.

M. **Ausset** dit que de pareils cas ne sont pas rares chez l'enfant.

M. **Charmeil** dit que le résultat morphologique est excellent, mais que l'incurvation du rachis est à craindre.

M. **Lambret** répond que le rachis s'incurvera peut-être, mais que la paroi costale est cependant assez résistante pour s'opposer à une grave déformation.

Foie ficelé syphilitique

M. **Leroy**, interne, présente, au nom de M. Combemale et au sien, un foie ficelé syphilitique, provenant de l'autopsie d'un homme de cinquante-cinq ans, qui avait eu de l'ascite à répétition. Il était souffrant depuis six mois lorsque, le 17 octobre, l'ascite fut assez abondante pour gêner sa respiration. On fit une ponction d'environ douze litres : le liquide était citrin et limpide. Il existait des douleurs dans l'hypocondre droit : ni ictère, ni circulation collatérale, ni œdèmes. Le traitement spécifique, joint au régime lacté, fut sans résultat. Avant la mort, qui survint le 12 décembre, il se produisit des hématémèses et du melœna.

A l'autopsie, foie de 1.200 gr., avec adhérences généralisées et périhépatite considérable. Déformation caractéristiques du foie ficelé. Les reins sont atrophiés ; la rate est assez grosse.

M. **Charmeil** insiste sur la rareté du foie ficelé.

Tubercules cérébraux

MM. **Ausset** et **Breton** présentent à la Société un cerveau contenant plusieurs tubercules volumineux, en voie de ramollissement. Ce cerveau provient d'un malade qui, sans ictus, ni vertiges, ni éblouissements, vit en quelques heures une hémiplégie s'installer. En l'espace de deux mois, successivement les troubles moteurs s'accentuèrent, une légère parésie labio-glosso-laryngée s'ébaucha et, l'anorexie aidant, une cachexie à progrès rapides précéda la mort. L'autopsie, pratiquée quatorze heures après, permit de constater l'existence de tubercules. Le cerveau était congestionné, sans épanchement ventriculaire. L'hémisphère cérébelleux était bosselé, inégal, bourré de tumeurs. Le bulbe était déprimé, comprimé d'ailleurs par un gros tubercule, qui s'énucléa facilement. Au sommet de la scissure de Rolando, à gauche, on nota un tubercule volumineux, ramolli, et plusieurs autres, petits, épars dans la substance cérébrale. Ces divers tubercules contenaient du pus grumeleux, qui, à l'examen microscopique, décela de nombreux bacilles de Koch.

MM. **Ausset** et **Breton** insistent surtout sur la rapidité d'apparition d'une hémiplégie, sans signes prémonitoires ; sur l'absence de troubles oculaires et acoustiques ; sur l'absence presque complète de troubles cérébelleux.

M. **Ingelrans** pense que l'hémiplégie subite avec dysarthrie peut tenir au foyer de ramollissement qui a été constaté dans le pédoncule cérébral.

M. **Breton** répond que ce foyer ne siégeait pas au niveau des fibres motrices, mais dans la calotte du pédoncule.

Séance du 9 Janvier 1903

Présidence de MM. Dutilleul et Gaudier, présidents

Lymphangiome circonscrit de la langue

M. **Gaudier** rappelle que dans une des séances précédentes, il a montré une jeune fille de quatorze ans présentant de l'hypertrophie papillaire de la moitié droite de la langue, localisée aux faces supérieure et inférieure de la région de la pointe. Au moyen d'un stylet, on pouvait écarter facilement les volumineuses papilles et beaucoup de ces dernières portaient à leur extrémité de petites vésicules transparentes et comme perlées. Le diagnostic était hésitant entre une gomme et un simple papillome.

Depuis, il a opéré la malade ; la portion de la muqueuse particulièrement hypertrophiée a été limitée par une incision ovalaire et réséquée. La guérison s'est effectuée par première intention, mais depuis, la langue a une certaine tendance à grossir.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce, fixée au sublimé acétique, fait par M. Verdun, a montré des particularités des plus intéressantes.

M. **Verdun**. — La tumeur enlevée a le volume d'une grosse amande et l'aspect d'une sorte de petit chou-fleur : Sur une section pratiquée à travers le tissus pathologique, on voit que cette apparence est due à la présence de volumineuses excroissances qui hérissent la surface de la langue.

Ces excroissances sont inégales entre elles, fortement serrées les unes contre les autres, et par pression réciproque, elles perdent leurs contours cylindriques pour prendre une forme prismatique. Leur extrémité libre est tantôt aplatie ou légèrement bombée, tantôt sphéroïdale et comme vésiculeuse. Sous un faible grossissement, ils est facile de constater que les excroissances répondent à une hypertrophie considérable des papilles de la langue. Alors que sur les parties saines de la même région les papilles mesurent au maximum 400 μ de hauteur au-dessus de la surface libre de la muqueuse, ou 1 m.m. environ au-dessus de l'assise basilaire, dans notre tumeur elles atteignent 3 m.m. 5, comptés à partir de la même couche cellulaire, c'est-à-dire qu'elles ont une longueur à peu près quadruple.

L'augmentation de leur diamètre transversal est en rapport avec celle du diamètre vertical. Chaque papille s'élargit légèrement à son extrémité libre, de telle sorte que dans son ensemble, elle affecte la forme d'une sorte de champignon à gros pied, implanté sur le chorion de la muqueuse.

Toutes les papilles possèdent un axe conjonctif longitudinal, dépendant du derme de la muqueuse, et cet axe émet sur son trajet un certain nombre de ramifications ;

lorsque celles-ci sont sectionnées transversalement, elles se montrent sur les coupes comme de petits nodules conjonctifs entourés des diverses couches cellulaires de l'épithélium. A première vue, il semble donc que l'on se trouve en présence d'un *papillome*, d'une sorte de végétation en chou-fleur. Mais en examinant les coupes plus attentivement, on voit que beaucoup de papilles possèdent, vers leur extrémité libre élargie, de véritables dilatations kystiques atteignant souvent plus d'un millimètre de diamètre. Ces cavités sont parfois situées très près de la surface libre de la muqueuse et ne sont recouverts que par une couche épithéliale de faible épaisseur (30 μ). Cette disposition explique l'aspect perlé qu'offraient, à l'état frais, les extrémités de certaines papilles. Ces vésicules, à un fort grossissement, présentent une paroi endothéliale qui se détache par places et devient alors flottante et bien visible. Leur contenu est constitué par une substance granuleuse dans laquelle on trouve de nombreux globules blancs. Elles ont donc tous les caractères de dilatations lymphatiques. Pour bien démontrer leur vraie nature, il aurait fallu, au moyen d'imprégnations au nitrate d'argent, étudier les contours des cellules endothéliales des parois. Mais ici l'ensemble de tous les autres caractères est suffisamment net pour que leur nature lymphatique ne puisse être mise en doute. Une mince zone de tissu conjonctif, parfois absente, les enveloppe et les sépare des couches épithéliales environnantes, à savoir, une assise génératrice, et le corps muqueux de Malpighi. Ces vésicules occupent donc exactement la place des nodules conjonctifs représentant les sections transversales des prolongements de l'axe connectif et de la papille. Ce qui le prouve, c'est que quand on examine la série des coupes, on se rend parfaitement compte que ces dilatations viennent s'ouvrir dans un conduit également lymphatique, occupant l'axe de la papille, et que celui ci, à son tour, vient se souder à un réseau sous-jacent de capillaires lymphatiques très dilatés, occupant le chorion et même les interstices des faisceaux musculaires, lesquels sont plus espacés qu'à l'état normal.

Les faits précédents nous engagent à considérer cette tumeur comme une sorte de lymphangiome circonscrit et superficiel de la langue et à la rapprocher de la macroglossie, affection d'origine congénitale que les auteurs, depuis Virchow, tendent à considérer comme un lymphangiome intéressant l'organe tout entier. Ce qui semblerait plaider en faveur de cette hypothèse, c'est que depuis l'opération la langue a beaucoup grossi et gêne beaucoup la malade. Cette forme de lymphangiome circonscrit de la langue est très rare et on n'en connaît que trois cas signalés dans la science (Lannelongue, Mikulicz, Michelson). MM. Gaudier et Verdun se proposent d'ailleurs d'étudier plus en détail, dans un article d'ensemble, cette tumeur intéressante.

M. **Charmeil** dit que dans ce cas, le diagnostic clinique de papillome s'imposait. Le papillome est caractérisé par une hypertrophie des colonnes vasculo conjonctives : la structure est la même que celle des végétations, sauf que dans le lymphangiome, ce sont les lymphatiques qui se dilatent. Le lymphangiome circonscrit est d'ailleurs fort rare.

Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique

MM. **Surmont** et **Lerat** (v. *Écho méd. du Nord*, 1903, p. 13).

M. **Charmeil** demande si l'on a pratiqué une exploration à la sonde pour savoir si l'évacuation de l'estomac est vraiment plus rapide chez ces sujets.

M. **Surmont** dit qu'on a fait cette exploration pour établir le diagnostic d'hyperchlorhydrie, mais qu'en ce qui concerne la durée de l'évacuation il y a lieu de dépouiller chaque observation en particulier.

M. **Charmeil** demande s'il n'existe pas une diarrhée thérapeutique chez les hyperchlorhydriques qui prennent du bicarbonate de soude et le transforment en chlorure de sodium.

M. **Surmont**. — Le fait s'observe fréquemment, mais il ne peut en être question dans les cas ici étudiés.

M. **Combemale** rappelle que la gastro-entérostomie produit artificiellement l'incontinence pylorique. Amène-t-elle des crises diarrhéiques ?

M. **Surmont**. — La constipation disparaît après l'opération.

M. **Combemale**. — Les neurasthéniques avec hyperchlorhydrie ont souvent la nuit des crises de diarrhée intermittentes.

M. **Surmont**. — Ici, ce sont des diarrhées persistant des années et sans symptômes gastriques. Les malades ne se plaignent que de leur intestin.

M. **Gérard** dit qu'il serait utile de mesurer l'acidité des selles et de chercher la nature de leur acidité.

Achromie consécutive au psoriasis.
Psoriasis familial

M. **Bertin** présente les photographies de deux enfants, frère et sœur, du service de M. le professeur Charmeil, qui ont été soignés à la clinique au mois de juillet dernier pour du psoriasis.

L'aîné de ces enfants, âgé de 7 ans 1/2, porte ses lésions depuis quinze mois environ ; la plus jeune, âgée de 3 ans, est atteinte seulement depuis six à sept semaines. Le diagnostic de psoriasis s'impose dans l'un et l'autre cas, mais l'affection présente chez la fillette une particularité intéressante. Au niveau du flanc droit, l'éruption a complètement disparu, et a laissé à sa place des macules blanchâtres, lisses, non surélevées, rappelant tout à fait l'aspect des plaques de vitiligo, avec cette différence toutefois que la peau environnante est saine et ne présente pas d'hyper-

chromie. On peut voir sur le flanc gauche, la formation de ces macules : une plaque de psoriasis, guérie à son centre, donne une zone décolorée à ce niveau, tandis que la périphérie forme un anneau de psoriasis en évolution, tout à fait caractéristique.

Cette achromie consécutive au psoriasis est assez rare, et c'est généralement le contraire qui se produit, l'hyperchromie succédant aux lésions. Cependant M. HALLOPEAU a pu en présenter plusieurs cas, à trois reprises différentes, à la Société de Dermatologie. Pour VIDAL, il s'agit dans ces cas non pas d'achromie véritable, mais d'hyperchromie des régions voisines. Il est facile de se rendre compte sur la malade que la peau environnante est de coloration normale, et que la région où siégeait l'éruption est absolument décolorée.

Une autre particularité intéressante, quoique beaucoup moins rare, est l'existence du psoriasis chez deux membres d'une même famille. Ces enfants couchaient dans le même lit, et l'on pourrait y voir un argument en faveur de l'origine parasitaire et contagieuse du psoriasis. Cependant étant donné le nombre considérable de cas dans lesquels la cohabitation n'a pas amené de contagion, étant donné l'extrême rareté du psoriasis conjugal, il est plus juste d'admettre qu'il y avait là une simple coïncidence. Il s'agissait donc, non pas d'un psoriasis héréditaire, car les parents n'en étaient pas atteints, mais d'un psoriasis familial ; et cela est conforme aux idées de Neumann, et de la plupart des auteurs modernes qui admettent, non pas l'hérédité directe de la maladie, mais une hérédité de la prédisposition.

Enfin, il est à remarquer que l'un de ces enfants était d'un âge particulièrement jeune (3 ans). Il est vrai que KAPOSI a observé le psoriasis chez un enfant de 8 mois, NEUMANN chez un enfant de 4 mois, RILLE chez un enfant de 38 jours ; ce n'en sont pas moins des faits absolument rares, et NEUMANN estime que l'on doit considérer comme exceptionnelle l'apparition du psoriasis avant l'âge de 5 à 7 ans.

Fièvre typhoïde et grossesse.

M. Delbecq envoie un mémoire sous ce titre.

M. Oui est d'avis qu'il s'est agi d'infection puerpérale grave à longue évolution et non pas de fièvre typhoïde.

Typhus exanthématique

M. **Combemale**, sous ce titre, lit une observation d'un cas récemment observé *(Est publié dans le présent numéro)*.

La variole à Lille

M. Combemale donne la statistique des cas de variole entrés aux pavillons d'isolement de l'hôpital de la Charité depuis le 8 avril 1902 et la compare à celle dont il entretint la Société le 10 octobre.

Au 30 septembre 1902, il y avait eu 489 entrées ; au 31 décembre, le chiffre est de 891, soit 400 en trois mois. L'épidémie entre dans son dixième mois.

Le 1er octobre, il y avait eu 113 décès ; le 1er janvier on en note 241 décès. Le chiffre a plus que doublé en trois mois. L'épidémie s'est aggravée visiblement durant ce troisième trimestre de son évolution.

Il est entré 291 hommes, 344 femmes ; le reste est formé par les enfants. Les hommes ont donné une mortalité de 17 0/0 ; les femmes, 19 0/0 ; les enfants, 52 0/0. On peut penser que la variole existera peut-être encore à Lille dans six mois.

M. **Oui** annonce que les cas déclarés dépassaient 2500 au 31 décembre 1902. La mortalité atteint 24,76 0/0 au lieu de 15 à 16 0/0, moyenne ordinaire.

A Lille, beaucoup de Belges refusent de se faire vacciner. L'épidémie est néanmoins en voie de décroissance.

M. **Carlier** demande si, en cas d'insuccès, il y a lieu de revacciner chaque quinzaine.

M. **Combemale** admet un délai d'un mois au moins entre chaque revaccination, en temps d'épidémie.

M. **Oui** dit que l'immunité disparaît brusquement. Il est bon d'essayer la revaccination tous les trois mois, en cas d'insuccès.

M. **Charmeil** pense que les statistiques officielles ne comportent pas la moitié des cas. La mortalité de 25 0/0 est celle des cas graves. Elle serait moindre si tous les malades avaient été signalés, puisque ce sont surtout les formes bénignes qui ne sont point déclarées.

M. **Oui** dit que la mortalité moyenne de 16 0/0 dans les autres épidémies est établie dans les mêmes conditions et qu'ainsi les chiffres sont comparables entre eux.

M. **Surmont** demande s'il existe en ce moment beaucoup de varicelle. A l'étranger, on admet encore l'identité de celle-ci et de la variole.

M. **Dutilleul** répond que la varicelle règne en ce moment à Lille.

M. **Ausset** dit que la varicelle existe constamment et n'est pas plus fréquente actuellement que d'ordinaire.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La Médecine gratuite

Le *Marseille-Médical* raconte qu'un candidat au Conseil général dans les Bouches-du-Rhône, lors des élections du mois de Juillet, avait inscrit dans son programme, entre autres réformes à réaliser, *la médecine et la pharmacie gratuites*, et à propos de cette sublime conception, notre confrère émet les spirituelles réflexions suivantes sous forme de lettre ouverte :

« C'est sur la plaie du fonctionnarisme à outrance, cher citoyen, qu'il faut d'abord porter votre fer rouge. C'est pour ces

parasites du budget qu'il faut délivrer gratuitement votre onguent gris.

« Votre idéal socialiste est-il donc d'accroître le nombre de ces acares qui sucent l'argent du peuple ? Nous croyons mieux comprendre les intérêts des malheureux qui trouvent certainement préférable de payer la quinine plus chère, mais le pain bon marché.

« Puisque vous voulez saper l'édifice social contemporain pourquoi commencer par le médecin et le pharmacien ? Demandez donc plutôt la boulangerie gratuite, la boucherie gratuite, l'épicerie gratuite, et.... une fois en si bon chemin on ne s'arrête pas.... les maisons de tolérance gratuites.

« Sous la Rome des Césars, ces tyrans accordaient à la plèbe *panem* et *circenses*. Quels progrès avez-vous faits ? Il y a vingt siècles de cela, et ne pouvant donner au peuple du pain et des plaisirs gratis, vous lui offrez quoi ? l'huile de ricin gratuite et les lavements purgatifs.... à l'œil ! ! !

. . . .

« C'est Adolphe Thiers, je crois, qui a dit : « Voulez-vous faire dire des bêtises à un homme d'esprit, faites-le causer médecine pendant cinq minutes. » Je ne puis mieux terminer cette lettre qu'en vous engageant, cher citoyen, à méditer dans les loisirs que vous laissent les électeurs, cette pensée profondément vraie du fondateur de la République française. »

(*Le Scalpel*).

Une armée en temps de guerre a plus besoin de médecins que de chirurgiens

Cette vérité connue de tous ceux qui se sont occupés des choses de guerre, vient de s'imposer de nouveau à l'attention du monde médical à l'occasion de la dernière guerre Sud-Africaine. C'est ainsi que dans le mois de décembre l'armée anglaise n'a perdu que peu d'unités du fait de blessures reçues, tandis que la seule fièvre typhoïde a occasionné 1.507 cas de maladie dont 224 ont eu une issue fatale.

(*Médic. Record*).

MOTS DE LA FIN

CHAPITRE DES COQUILLES.

On lisait ces jours-ci dans une feuille de la capitale un article intitulé : *La clique de Province*. Clique pour clinique, c'est peu banal ! mais combien flatteur !!

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les élections sénatoriales du 4 janvier 1903 ont amené dans cette assemblée dix-huit docteurs en médecine : MM. Goujon, dans l'Ain ; Vagnat, dans les Hautes-Alpes ; Frézoul, dans l'Ariège ; Gauthier, dans l'Aude ; Ouvrier, dans l'Aveyron ; Turgis, dans le Calvados ; Lacombe, dans la Charente ; Combes, dans la Charente-Inférieure et la Corse ; Dellestable et Labrousse, dans la Corrèze ; Villard, dans la Creuse ; Denoix, dans la Dordogne ; Saillard, dans le Doubs ; Gérente, dans l'Alger ; Gacon, dans l'Allier ; Ricard, dans la Côte-d'Or : Peyrot, dans la Dordogne ; Bayol, dans les Bouches-du-Rhône.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec satisfaction que M. Bertrand, professeur de botanique à la Faculté des Sciences de Lille, est nommé chevalier de la Légion d'honneur. De toute distinction attribuée à un membre de l'Université de Lille, l'*Echo médical du Nord* a pour règle de se féliciter ; nous avons une autre raison de le faire aujourd'hui, car celle-ci s'applique à un homme d'un grand savoir et d'une grande modestie. Nous prions notre collègue de la Faculté des Sciences de recevoir toutes nos félicitations.

UNIVERSITÉ DE PARIS

École de pharmacie. — M. Berthelot, agrégé de chimie, est nommé professeur de physique à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Val-de-Grâce. — M. le docteur Vincent, médecin-major de 1re classe, est nommé professeur des maladies et épidémies des armées à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur Métaxas est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1903, d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

HOPITAUX

Lyon. — M. le docteur Durand a été nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont promus *Commandeurs* : MM. les docteurs Dieu, médecin inspecteur, directeur du service de santé au ministère de la guerre ; Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux de Paris ; *Officiers* : MM. les docteurs Davignon, médecin principal de 1re classe, à Bourges ; Gils, médecin principal de 2e classe, à Toulouse ; Pouchet, médecin principal de 2e classe, à Tours ; Gremion-Mermau, médecin-major de 1re classe, au 21e d'artillerie ; Le Rouvillois, médecin-major de 1re classe, à Versailles ; Huchard, médecin des hôpitaux ; Faisans, médecin des hôpitaux ; Labrousse, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale au XIIe corps ; *Chevaliers* : MM. les docteurs Gauvin, médecin-major de 1re classe, au 43e de ligne, à Lille ; Adriet, Bernard, Bich, Desprez, Dommartin, Dupard, Faveret, Lajoue, Maguin, Odile, Watier, médecins-majors de 1re classe de l'armée ; Duco, Foubert, Huguet, Lairac, Pruvost, Puig, Zumbiehl, médecins-majors de 2e classe ; Morel, médecin-major de 2e classe de l'armée coloniale ; Comby, médecin des hôpitaux de Paris ; Cayla, Delaunay,

Moreigne, Natier, de Paris ; Roustan, de Grasse (Alpes-Maritimes) ; Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Halmagrand, d'Orléans (Loiret); Le Rolland, de la Roche-Derrien (Côtes-du-Nord) ; Desvergne, de Verteillac (Dordogne) ; Pozzi, de Reims (Marne) ; Ferré, de Pau (Basses-Pyrénées) ; Balzer, de Paris, médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Moutier, Siffre, Daumas, de Paris ; Gourichon, de Paris. Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs Bouhében, Rumbenrot, Bécart, de Paris ; Bourgogne, de Cherbourg; Astié, Hivert et Neech-Watson, Cange, Castenet, Chaumonnot, Mallet et Rollin, de Paris.

Epidémies. — Ont reçu la *Médaille d'or* : M. le docteur Cros, de Mascara (Alger) ; la *Médaille d'argent* : M. le docteur Mohamed-ben-Amir, de Bône (Alger) ; la *Médaille de bronze* : M. Ben-Thami-Belkassem, interne à l'hôpital de Mustapha.

Décorations étrangères. — MM. les professeurs Lannelongue et Landouzy sont nommés *chevaliers de l'Ordre royal de la Couronne de Prusse*, à l'occasion du récent Congrès international, tenu à Berlin, contre la tuberculose.

Notre Carnet

Le jeudi 8 janvier a été célébré le mariage de M. le docteur Felhoen René, de Roubaix, avec Mademoiselle Blanche Duclère.

Le samedi 3 janvier a été célébré le mariage de M. le docteur J. Vanverts, chef de clinique à la Faculté, avec Mademoiselle Suzanne Lordez.

Nous adressons nos meilleurs souhaits de bonheur à nos jeunes et distingués confrères.

— M. le docteur Charles Blasart, d'Avesnes-le-Comte, nous fait part de la naissance de son fils Charles-Guislain. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Hautefeuille, de Paris, membre de l'Académie des Sciences, professeur de minéralogie à la Sorbonne ; Zienowicz, de Laveline (Vosges) ; Panas, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; Hénocque, directeur adjoint du laboratoire de physique biologique au Collège de France à Paris ; Varnier, agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris ; Duchêne, médecin principal de 1re classe de l'armée, à Paris ; Lefranc, de Moy (Aisne); Leblanc, de Brest (Finistère) ; Houdé, de Coulanges-la-Vineuse (Yonne) Lévy-Franckel, de Paris ; Alph. Faure, de Besançon (Doubs) ; Charles Fortin, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Quintin, de Carhaix (Morbihan). Delannoy, d'Hautmont (Nord). Nous adressons à la famille de notre distingué confrère l'expression de nos condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole, par le docteur Chervin, directeur de l'Institut des bègues de Paris, Président de la Société d'Anthropologie, membre du conseil supérieur de statistique, etc. Ouvrage récompensé par l'Académie des sciences de l'Institut de France et par l'Académie de médecine.— Troisième édition, 1 *vol. de* 550 *pages.* — Société d'Editions Scientifiques, 4, *rue Antoine-Dubois, Paris.* 6e.

Les médecins sont quelquefois consultés pour donner leur avis au sujet d'un bégaiement ou de tout autre défaut de prononciation qui inquiète une famille. Comme ces affections ne sont pas décrites dans les traités classiques de pathologie, ceux qui n'ont pas eu l'occasion de s'en faire une idée personnelle sont souvent embarrassés pour répondre et même pour faire le diagnostic.

Sous ce titre : *Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole*, M. le Dr Chervin, Directeur de l'Institut des Bègues de Paris, dont la compétence est bien connue, vient de rédiger un nouveau résumé des notions cliniques fondamentales indispensables à connaître sur quelques troubles fonctionnels de la parole et notamment sur le bégaiement.

La faveur avec laquelle ont été accueillies les deux premières éditions, les hautes récompenses dont elles ont été honorées par l'Institut de France et par l'Académie de médecine, montrent assez que ce livre venait à son heure.

Tout en conservant à la troisième édition le caractère élémentaire et abrégé qui a permis d'apporter une très grande clarté dans cette question si complexe, M. Chervin l'a augmentée cependant de nouvelles considérations pleines d'intérêt.

Dans une première partie, après avoir montré le rôle de la parole dans la société, M. Chervin propose une classification des troubles de la parole, basée sur l'analyse des actes qui constituent le langage articulé.

La deuxième partie est consacrée à l'étude du *bégaiement* : historique, étymologie et linguistique comparées, statistique, diagnostic du bégaiement proprement dit, traitements divers du bégaiement, historique du traitement par la méthode Chervin, traitement du bégaiement par la méthode Chervin, consultation médicale, le bégaiement au point de vue médico-légal. Ces divers points sont traités avec une clarté et une précision remarquables. M. Chervin insiste tout particulièrement sur les signes du bégaiement vrai, de façon à permettre un diagnostic facile.

La troisième partie est relative à *la blésité et à ses variétés* : zézaiement, sesseyement, jotacisme, clichement, etc. Ce sont des défauts de prononciation très fréquents, surtout dans le sexe féminin, et qui donnent à ceux qui en

sont atteints un air de niaiserie tout à fait fâcheux. Il est donc important d'indiquer de quelle manière il faut les faire disparaître. Il parle également du grasseyement, de la voix eunukoïde et du nasillement.

Dans la quatrième et dernière partie, M. CHERVIN traite des *fissures palatines au point de vue orthophonique.*

Enfin, il a placé aux annexes quelques travaux connexes : *Démosthène était-il bègue? Faut-il couper le frein de la langue?* Extraits de 43 rapports officiels sur la méthode CHERVIN.

L'expérience acquise par plus d'un demi-siècle de pratique de la *Méthode* CHERVIN donne une valeur particulière à ce volume, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la question, soit comme médecins, soit comme malades.

OUVRAGES REÇUS

— **Proyecto de ley estableciendo la profilaxia y tratamiento de la lepra en la provincia de Corrientes**, par le docteur B. SOLARI, Buenos Aires, *Spinelli*, 1902.

— **A plan for the study of man with reference to bilist establish a laboratory for the study of the criminal, pauper and defective classes, with a bibliography of child study**, par Arthur MAC DONALD, Washington, *Government printing office*, 1902.

— **La rééducation motrice**, par le docteur Maurice FAURE, extrait du *Bulletin général de thérapeutique*, 1902.

— **L'isolement et le traitement des tuberculeux pauvres**, par le docteur E. AUSSET, extrait de la *Revue philanthropique*, 1902.

— **Étude sur les eaux de Châtel-Guyon : action de l'eau de Châtel-Guyon sur l'appareil et le système utéro-ovarien**, par le docteur L. BARTOLI, Tours, 1902.

— **A propos d'un cas de grande communication interauriculaire**, par M. J. DHÔTEL, extrait des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, juillet 1902.

— **Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée**, par le docteur MOURE, extrait des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin 1902.

— **Un procédé de fabrication de gaze iodoformée et salolée**, par M. Edmond LECLAIR, docteur en pharmacie, Lille, *Morel*, 1902.

— **Contribution à l'étude des artérites syphilitiques des membres**, par le docteur Maurice DURANDARD, Paris, Steinheil, 1902.

— **De la prostatopexie subpérinéale, ou luxation de la prostate hors de sa loge comme traitement de l'hypertrophie de la prostate**, par le docteur H. DELAGENIÈRE, extrait des *Archives provinciales de chirurgie*, juin 1902.

— **Vaccinationens historia i Finland**, par le docteur J. BJORKSTEN, Helsingfors, 1902.

— **Table aseptique, table électrique universelle, moteur spécial pour la pratique de l'oto-rhino-laryngologie**, par le docteur TRÉTRÔP, Anvers, *Buschmann*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52e SEMAINE, DU 21 AU 28 DÉCEMBRE 1902.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	5
3 mois à un an	9	5
1 an à 2 ans	»	3
2 à 5 ans	6	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	3	13
40 à 60 ans	9	10
60 à 80 ans	10	14
80 ans et au-dessus	3	4
Total	49	59

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	»	»	»	1	»	»	1	4	»	1	»	»	3	»	»	»	1	»	4	17	18
Moulins, 24,947 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	»	»	1	1	1	»	»	»	1	11	23
Wazemmes, 36,782 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	4	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	6	16	8
Vauban, 20,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	7	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	2	»	»	»	»	»	»	2	3	1	»	»	»	3	»	»	»	»	»	11	22	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	8	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	5
Fives, 24,191 hab.	2	»	»	»	»	1	»	»	2	3	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	11	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	5
Total	16	»	»	»	1	1	»	5	24	5	8	»	»	9	1	1	»	2	»	35	108	113

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

Septième Année. N° 4. Le Numéro : 10 centimes. 25 Janvier 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.
Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Mélanotrichie linguale (Langue noire)

Par MM. le docteur **P. Verdun**, professeur agrégé, chargé du cours de parasitologie à la Faculté de Médecine de Lille et **G. Bouchez**, étudiant en médecine.

Sous le nom de *Mélanotrichie linguale*, on désigne une affection caractérisée par l'apparition, sur la face dorsale de la langue, de poils plus ou moins longs (quelques millimètres à deux centimètres) et d'une coloration pouvant aller du gris cendré au noir. Cette singulière affection, qui, sans être très fréquente, n'est pas non plus fort rare dans notre région où elle passe souvent inaperçue, a été désignée sous différents noms par les auteurs qui l'ont étudiée. C'est ainsi que successivement on l'a appelée *nigritie de la langue* (BERTRAND DE SAINT-GERMAIN), *langue noire* (RAYNAUD), *coloration noire extrinsèque spontanée de la langue* (GUBLER), *coloration noire de la langue* (GALLOIS), *hypertrophie épithéliale filiforme* (FÉRÉOL), *glossophytie* (DESSOIS), *mélanotrichie linguale* (SURMONT).

Nous avons conservé cette dernière appellation, car elle rappelle les deux caractères essentiels de l'affection : la présence des poils et leur coloration noirâtre.

En Angleterre, c'est surtout sous les noms de *nigrities lingual*, de *lingua nigra* et de *black tongue* qu'on l'a désignée. Les auteurs allemands, se servent des expressions de *Schwarze Zunge*, de *Schwarze Zungenbelag* et de *Schwarze Haarzunge*.

Si l'on essaye de résumer et de condenser les travaux des divers auteurs qui se sont occupés de cette question (1), on voit que leurs explications portent sur deux points différents : sur la nature des poils et sur leur coloration.

D'une façon générale, les poils sont considérés comme étant dus à l'exagération d'un processus normal, c'est-à-dire à l'allongement considérable des papilles filiformes de la langue, allongement lié à un trouble trophique pour les uns, à la présence d'un élément parasitaire pour les autres.

L'accord est moins complet en ce qui concerne les causes de leur coloration. En laissant de côté l'hypothèse invraisemblable d'une simulation soutenue par HUTCHINSON, les diverses explications fournies peuvent être classées de la façon suivante :

1° Coloration artificielle des parois cellulaires due à l'action des liquides et des aliments solides qui traversent la bouche.

(1) L'analyse de ces travaux sera publiée ultérieurement dans un mémoire plus étendu.

2° Coloration due à des microorganisnes ou à leurs spores.

3° Présence d'un pigment analogue à celui que l'on trouve dans l'épithélium des nègres.

4° Existence de granulations graisseuses dans l'intérieur des cellules.

5° Kératinisation et brunissement des parois des éléments cellulaires.

Il résulte de ce qui précède, que la solution définitive et complète du problème, relativement à ces deux points, reste encore en suspens et que le champ est toujours ouvert aux investigations, pour rechercher la vraie nature de ces productions pileuses, leur constitution histologique, leurs rapports avec la muqueuse linguale, leur pathogénie, et enfin la cause exacte de leur coloration.

Ce sont ces divers points que nous avons essayé de résoudre dans ce travail, en nous basant sur plusieurs observations personnelles de mélanotrichie linguale.

Caractères extérieurs de la Mélanotrichie

Les divers auteurs sont d'accord pour reconnaître que la mélanotrichie possède un siège d'élection, et que les poils apparaissent toujours à la surface du corps de la langue, en avant du V lingual. Toutefois, la formation des poils n'acquiert pas la même intensité sur toute cette région ; elle est maximum vers le sommet de l'angle, c'est-à-dire à l'endroit où débute généralement l'affection, et diminue à mesure qu'on se rapproche de la pointe. En somme, elle semble coïncider et être en rapport avec le développement des papilles filiformes. Cette production pathologique possède toujours un facies spécial. Ce qui frappe d'abord, c'est la coloration de la langue et aussi, dans certains cas, un aspect velouté spécial, lesquels, à première vue, semblent dus à la présence d'un simple enduit superficiel. Mais en examinant plus attentivement et en pressant la surface de la langue avec un stylet, on constate que la muqueuse est située assez profondément, et qu'un épais tapis de poils la recouvre. Ces poils ont une direction particulière. Très abondants et serrés les uns contre les autres, ils sont couchés sur la langue, dirigés d'arrière en avant, leur extrémité libre tournée vers la pointe linguale. Les figures données par Brosin et par Mourek ne répondent pas à ce qui nous a été permis d'observer. Plus justes, nous semblent les comparaisons de Gubler et de Raynaud. Le premier dit que « les gaînes épithéliales des papilles forment de longues villosités couchées en sens différents, à peu près comme l'herbe versée », et le second ajoute : « Il faudrait se figurer un champ de blé lorsque après un violent orage, les épis mouillés et renversés par la pluie se réunissent en touffes épaisses, couchées et entrecroisées en divers sens. » Cette dernière comparaison est celle qui se rapproche le plus de la vérité.

La plaque peut présenter des dimensions très variables : elle peut couvrir toute la surface dorsale de la langue en avant du V lingual, en respectant toutefois les bords et la pointe. Elle peut encore se présenter sous forme de petits points séparés les uns des autres et qui plus tard se réuniront entre eux ; la lésion peut enfin n'affecter qu'un seul côté comme dans un cas signalé par M. le professeur Surmont.

Comme on le voit, l'aspect peut différer d'un sujet à un autre, mais il est à remarquer que ni la pointe, ni les bords, ni la face inférieure de la langue ne sont atteints.

Il y a quelques réserves à faire quant au sens qu'il faut attribuer à l'expression « *langue noire* » qui, prise au pied de la lettre, pourrait fausser les idées sur la vraie coloration de la mélanotrichie. Il est évident qu'il faut mettre à part les cas, comme ceux qui ont été signalés par Bertrand de Saint-Germain, qui consistaient en un simple enduit noirâtre de la muqueuse sans productions piliformes. Ce sont des observations de *nigritie linguale*, laquelle s'observe normalement chez le perroquet, la girafe, et accidentellement chez le mouton, le chien, le chat, etc.

La lecture de toutes les autres observations, et notre expérience personnelle, nous prouvent que la coloration foncée de la mélanotrichie est loin de se présenter dans tous les cas avec la même intensité.

Au lieu de posséder une teinte brun noirâtre, la langue a quelquefois une couleur gris sale, et çà et là, on aperçoit des poils bruns, pouvant atteindre jusqu'à 2 centimètres de longueur, se détacher sur ce fond grisâtre. M. le professeur Surmont comparait cet aspect aux « débris d'une barbe noire tranchant sur la mousse savonneuse dans laquelle ils tombent quand on la rase ». Cet aspect grisâtre est produit par un enduit pulpeux saburral formé par des débris alimentaires et des cellules desquamées.

La coloration brun-noirâtre n'est pas non plus constante : ainsi, dans le cas rapporté par Mourek, la teinte noire avait fait place à une coloration verte

assez prononcée, si l'on s'en rapporte à la figure en couleur qui accompagne son mémoire. Nous avons constaté à notre tour que la coloration ne s'étend pas uniformément sur toute la surface linguale, mais qu'elle a une tendance à s'accentuer avec la durée de l'affection. Lorsque les productions ont été enlevées par un grattage superficiel, elles repoussent très rapidement; elles ont d'abord une couleur blanc grisâtre sale, puis vers le milieu de la langue, dans l'angle du V lingual, elles prennent une teinte brune qui, avec le temps, devient de plus en plus intense et tire sur le noir.

Comme Brosin l'a bien vu aussi, les poils, examinés séparément, n'ont pas une couleur uniforme sur toute leur longueur. Ils sont blancs vers leur base et de plus en plus bruns vers leur extrémité libre; enfin leur teinte foncée est en rapport avec leur épaisseur.

L'expression de langue noire n'est donc pas toujours bien appropriée.

Étude anatomo-pathologique de la Mélanotrichie linguale

I. Histologie normale de la muqueuse linguale

La vraie signification des productions pathologiques qui caractérisent la mélanotrichie ne peut être nettement indiquée que si l'on connaît d'une façon parfaite l'évolution et la structure normales de la muqueuse linguale. Mais pour une étude aussi minutieuse et aussi précise que celle que comporte notre sujet, les renseignements que fournissent les livres d'histologie et les manuels classiques sont insuffisants, et il était absolument nécessaire de reprendre la question.

Des fragments de muqueuse linguale, aussi frais que possible, ont été prélevés chez l'adulte dans diverses régions (pointe et V lingual) et fixés au sublimé acétique. Les coupes au centième, collées sur lames, ont été colorées par divers procédés : hématoxyline et éosine, hématoxyline et Van Gieson, safranine et vert lumière, etc.

L'examen que nous allons donner porte sur la région la plus importante, c'est-à-dire celle qui est placée dans l'angle du V lingual, en avant du *foramen cæcum*.

A ce niveau, l'épithélium de la muqueuse se présente, comme le fait remarquer Ranvier, sous deux aspects tout à fait différents :

1° Entre les papilles, il se compose d'une couche basilaire formée de cellules hautes de 12 μ environ (*b*, fig. 1), sur laquelle repose un corps muqueux de Malpighi de 270 μ de hauteur environ, qui comprend deux assises. Dans la zone profonde (60 μ d'épaisseur) les cellules polyédriques (*c*) ont nettement le caractère malpighien et leur protoplasma se colore d'une façon intense par la fuschine acide. Dans la zone supérieure et superficielle (210 μ d'épaisseur) les éléments épithéliaux, plus volumineux et comme gon-



Figure 1. — Gr. $\frac{100}{1}$

flés, un peu allongés parallèlement à la surface (*d*) ont un noyau de 5 à 6 μ, pauvre en chromatine, et leur protoplasma est incolore ou à peine teinté par la fuschine. En revanche les limites cellulaires sont très nettes; c'est une sorte de *stratum lucidum*. Ces deux couches tranchent vivement l'une sur l'autre par leur coloration.

2° Au niveau de la partie superficielle des papilles filiformes ou fungiformes, l'épithélium de la muqueuse prend les caractères d'un épithélium cutané. L'assise malpighienne ne présente pas les deux zones dont nous venons de parler. Par sa coloration uniforme et intense elle rappelle la zone profonde de la région interpapillaire; au-dessus il existe un véritable *stratum corneum* (*e*). Les cellules sont fortement aplaties et se teintent en jaune par l'acide picrique. Malgré cette kératinisation plus ou moins complète, le noyau reste visible et se colore bien par l'hématoxyline. Par places, les cellules malpighiennes sous-jacentes renferment quelques gouttelettes d'éléidine, mais l'élabo-

ration de cette dernière substance reste toujours discrète et n'arrive pas à constituer un véritable *stratum granulosum*.

Vers la base des papilles, là où les deux espèces de muqueuses entrent en contact, il se produit une sorte de chevauchement entre les couches épithéliales. Alors que les zones formées du tissu malpighien se raccordent bien, l'assise cornée, tantôt se continue par une transition insensible avec les cellules de la zone claire qui se relèvent progressivement pour entourer la base des papilles, tantôt s'enfonce assez profondément et s'insinue entre la partie claire et la partie foncée. Cette disposition explique pourquoi, dans ce cas, les coupes transversales des papilles montrent, en certains points, des cellules claires plus ou moins aplaties, reposant sur une couche cornée. Nous insistons sur cette particularité histologique qui s'exagère dans la langue noire et qui permet de comprendre la constitution un peu spéciale de certains poils.

La kératinisation superficielle, peu prononcée au niveau de certaines papilles (*papilles fungiformes*), s'exagère sur d'autres et se traduit, comme on va le voir, par la formation des prolongements filiformes (*papilles filiformes*).

En certains points du bord du plateau qui termine les papilles, l'épithélium malpighien (*e*, fig. 2), pousse une courte épine très pointue. Les lamelles cornées passent au-dessus de cette petite éminence pour la recouvrir, de telle sorte qu'elles ont l'air de s'emboîter les unes dans les autres à la façon de cornets de papier dont la pointe serait tournée vers le haut. Grâce à cette disposition, les lamelles sont plus adhérentes entre elles ainsi qu'aux couches profondes, et au lieu d'être desquamées comme sur le reste de la papille, elles continuent à s'empiler les unes sur les autres à mesure que de nouvelles se forment vers la profondeur. Consécutivement, l'épine s'allonge de plus en plus et prend l'aspect d'un poil ; généralement, l'axe conjonctif de la papille envoie une ramification secondaire vers la base de chaque production filiforme. Les lamelles cornées qui entrent dans la formation des filaments qui surmontent les papilles sont très serrées et très adhérentes dans leur partie la plus incurvée, mais très lâches sur les bords. Aussi distingue-t-on deux régions dans les poils : une partie axiale (*m*, fig. 2,) où la constitution lamelleuse est parfois assez difficile à distinguer, et une partie périphérique écailleuse dont les éléments (*n*), imbriqués les uns sur les autres à la façon des tuiles d'un toit, se rattachent par leur bord supérieur à l'axe corné du poil. Malgré la kératinisation des cellules, l'aplatissement n'égale jamais celui des éléments du stratum corné de l'épiderme, car on voit des écailles qui ont 4 μ d'épaisseur et dont le noyau est fort



Figure 2. — Gr. $\frac{250}{1}$

visible. Les intervalles qui séparent les écailles sont remplis par un magma granuleux (*p*) dans lequel on voit des cellules nucléées desquamées, de nombreux leucocytes, et où la méthode de Gramm permet de déceler la présence d'une abondante végétation microbienne.

Une autre disposition peut s'observer quand le plateau des papilles étant très étroit, les poils qui les bordent sont par suite très voisins. Dans ce cas, les écailles placées dans les régions basilaires et sur leur côté interne se soudent par leur bord libre pour former de véritables lames épithéliales allant d'un poil à un autre. Ces lames sont superposées, parallèles à la surface libre du plateau, planes ou légèrement relevées vers le bord, pour se continuer insensiblement avec les éléments des poils. Leur épaisseur est généralement de 4 à 5 μ ; les noyaux se colorent bien, et des granulations d'éléidine prenant bien l'acide picrique et la safranine apparaissent dans les cellules qui sont adjacentes aux poils. Ces lames, principalement dans leur partie centrale, se teintent fort peu en jaune

par l'acide picrique : leur kératinisation est donc nulle ou fort peu avancée ; elles répondent vers leur milieu au *stratum lucidum*, sur leurs bords au *stratum granulosum* de l épiderme cutané.

L'étude préliminaire que nous venons de faire va nous permettre maintenant de comprendre la véritable signification des productions pileuses de la langue noire et les modifications qui se produisent dans la structure de la muqueuse.

II — Histologie pathologique de la mélanotrichie linguale.

Les examens que nous avons faits ont porté :

A. Sur un produit de raclage de mélanotrichie, dont M. le professeur Gaudier a bien voulu nous confier l'étude ;

B. Sur le produit de raclage de divers cas de langue noire, à diverses périodes de leur évolution, que nous avons eu l'occasion d'observer ;

C. Sur un fragment de muqueuse linguale prélevée chez un malade atteint à la fois de cancer du pharynx et de mélanotrichie.

A. Le produit de raclage de la langue se présente sous l'aspect d'une masse chevelue brun noirâtre, dont on aperçoit surtout fort nettement la constitution lorsqu'elle nage dans un liquide, dans l'eau, par

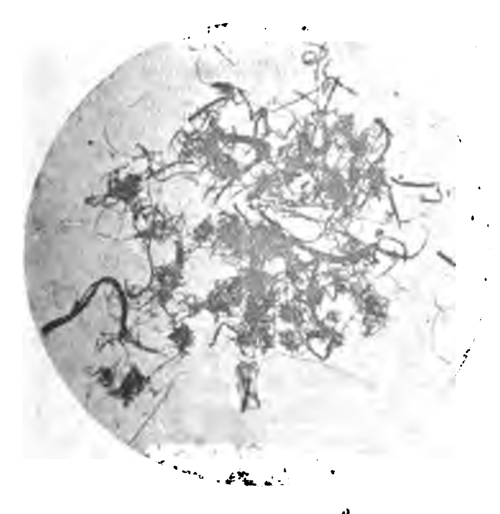


Figure 3. — Gr. $\frac{2}{1}$

exemple. On voit alors que les filaments qui la composent sont d'un calibre très variable, et que leur coloration sombre est en rapport avec leur épaisseur ; les plus ténus, à peine teintés, n'ont guère plus de 15 à 20 μ de largeur ; les plus gros, bruns ou noirâtres, mesurent jusqu'à 600 μ comme diamètre transversal, leur couleur est d'autant plus marquée qu'on s'éloigne de la base. La figure 3, présente à un grossissement double un petit fragment de la masse filamenteuse. Les gros poils, par simple écrasement entre deux lamelles se laissent diviser en un certain nombre de fibrilles élémentaires Cette dissociation peut se faire encore au moyen de fines aiguilles. Les brindilles élémentaires, toutes semblables, ont l'aspect et le calibre des filaments isolés les plus ténus. On ne peut mieux comparer la constitution des gros poils qu'à celle d'un câble, sauf toutefois qu'il n'existe pas de torsion. Chaque fibrille élémentaire, examinée à un grossissement moyen (fig. 4), montre un axe longi-



Figure 4. — Gr. $\frac{200}{1}$

tudinal composé de cellules nucléées aplaties dans le sens du poil, serrées les unes contre les autres et disposées en couches concentriques.

Cette dernière disposition est surtout très nette sur les coupes transversales (fig. 5), lesquelles indiquent bien que l'axe est constitué comme dans les prolongements filamenteux des papilles filiformes par l'emboîtement d'un nombre considérable de lamelles kératinisées ayant la forme de cornets très pointus. Cet axe est recouvert sur tout son pourtour par des cellules qui s'imbriquent les unes sur les autres, comme les écailles d'un cône de pin renversé, et par suite affectent une disposition concentrique et lamelleuse sur les coupes transversales des poils. Vus par la tranche, ces éléments sont fusiformes.

Leur noyau est très visible, et ils contiennent de nombreuses gouttelettes colorées par les réactifs. Une action prolongée de la potasse à froid (24 heures

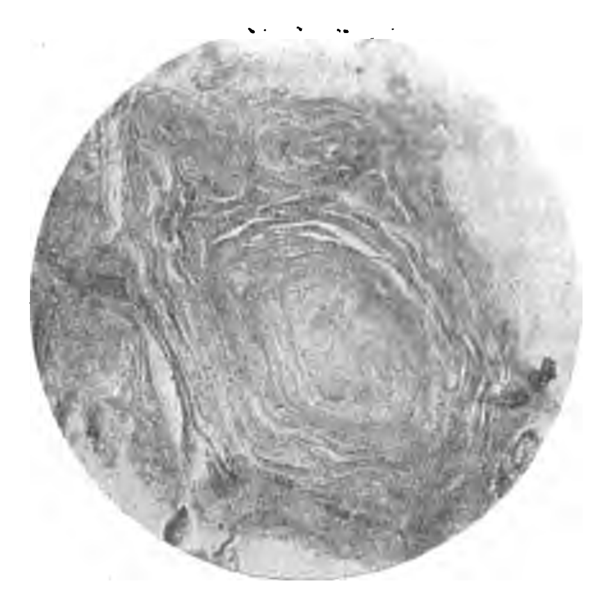


Figure 5. — Gr. $\frac{250}{1}$

dans une solution caustique à 40 °/₀) permet de dissocier ces filaments et d'apprécier ensuite la forme de ces cellules.

Il suffit pour cela d'écraser entre deux lamelles, dans une goutte de glycérine colorée par du bleu de méthylène un fragment de poil ayant subi l'action prolongée de l'alcali, et on obtient alors une préparation dans le genre de celle que représente la fig. 6. On peut alors se rendre compte que les éléments des poils sont de grandes cellules plates polygonales avec des angles vifs ou arrondis et qui ne sont fusiformes que lorsqu'elles sont vues de profil, c'est-à-dire par leur tranche. Le grand diamètre de ces cellules atteint et dépasse quelquefois 75 μ. On peut distinguer dans la préparation deux sortes d'éléments. Les uns ont des contours nettement polygonaux, et le contenu homogène est à peine teinté en bleu ; leur noyau peu coloré est situé vers le centre. Ils proviennent de la dissociation de la partie axiale du poil. Les autres ont une forme moins régulière ; ils sont tantôt polygonaux avec des angles émoussés, tantôt ovoïdes, tantôt en massue. Ils sont remplis de gouttelettes et répondent, par suite, aux cellules formant l'enveloppe périphérique des filaments. Les gouttelettes qui bourrent ces éléments sont brunâtres à l'état frais, mais prennent une couleur bleue noirâtre avec le bleu de méthylène ; elles sont douées de mouvements browniens et s'amassent particulièrement autour du noyau. Leur diamètre, qui peut atteindre et dépasser 5 μ, diminue à mesure que l'on se rapproche des bords de la cellule ; leurs réactions histo-chimiques indiquent qu'elles ont tous les caractères de gouttelettes d'éléidine. La potasse est sans

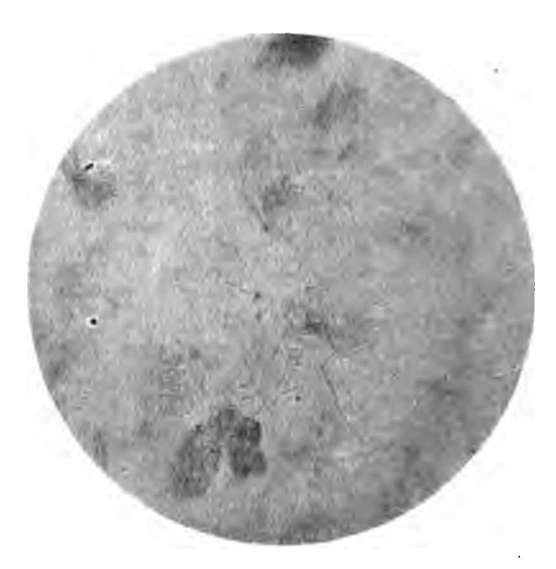


Figure 6. — Gr. $\frac{300}{1}$

action sur elles ; la safranine les colore en rouge intense ; l'acide picrique en jaune.

La disposition particulière des cellules à éléidine et leur orientation spéciale avaient jusqu'ici échappé aux différents auteurs qui se sont occupés de la langue noire ou tout au moins n'a pas été nettement indiquée par eux.

Mourek, dans son travail, indique parfaitement bien l'imbrication des éléments, mais il a renversé leur direction, car leur bord libre est tourné vers l'extrémité du poil, alors qu'en réalité il regarde sa base. Quand les fibrilles élémentaires que nous venons de décrire sont groupées parallèlement les unes aux autres, elles sont réunies entre elles par ces mêmes cellules granuleuses qui comblent les vides interstitiels. Si les intervalles qui séparent les fibrilles ont des proportions notables, ces éléments perdent leur orientation primitive, ils deviennent de moins en moins inclinés et peuvent même prendre une direction nettement transversale, perpendiculaire à l'axe des poils élémentaires qu'ils relient entre eux. Ceci nous amène à étudier un deuxième aspect que peuvent offrir les productions pilaires et que nous avons rencontré dans certains produits de raclage.

B. Le grattage de la langue au moyen d'une curette

tranchante. enlève les poils à leur point d'insertion sur la muqueuse, et permet de conserver leurs rapports respectifs. Lorsqu'on dissocie dans l'eau le magma qui a été enlevé, les poils deviennent flottants et on saisit fort bien la disposition qu'ils affectent lorsqu'ils sont en place.

Couchés sur la langue et l'extrémité libre en avant, ces poils, en arrière, se recourbent à angle droit, perpendiculairement à la surface de la muqueuse, et se fusionnent par groupes pour constituer une sorte de lame d'implantation commune ayant un à deux millimètres de largeur et autant de hauteur. Cette disposition répond assez exactement à la description de la langue noire que donne Raynaud. Les poils sont blancs à leur base : leur coloration se fonce à mesure qu'on s'en éloigne ; ils sont bruns à l'autre extrémité au niveau de laquelle les filaments issus de la même base d'implantation peuvent s'agglutiner entre eux pour constituer un poil épais plus ou moins noirâtre.

Les coupes longitudinales montrent que certains filaments ont une constitution qui répond assez exactement au premier type que nous venons d'étu-

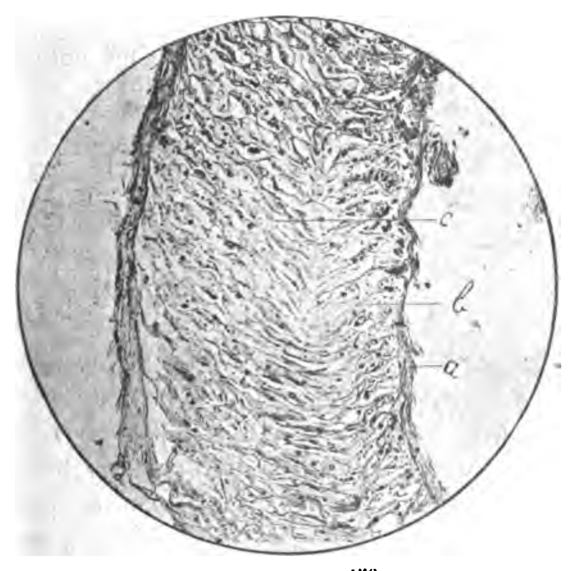


Figure 7. — Gr. $\frac{150}{1}$

dier, mais d'autres plus larges (jusqu'à un tiers de millimètre) ont une structure un peu spéciale comme le montre la figure 7. Ces poils possèdent une couche périphérique (*a*) formée de lamelles cornées superposées, et présentant tous les caractères que nous a offert la partie axiale des filaments du premier type. Les cellules cornées les plus externes s'imbriquent à la façon d'écailles et s'insèrent plus ou moins obliquement sur la surface du poil. Beaucoup d'entre elles renferment des granulations d'éléidine. Dans l'intérieur de cette sorte d'écorce nous trouvons un tissu cellulaire spécial formé de cellules nucléées plus ou moins aplaties et réunies de façon à former de véritables disques ou lames (*c*) qui s'empilent les uns sur les autres. Ces lames planes ou légèrement incurvées ont une direction perpendiculaire à celles des lamelles cornées de la zone périphérique. Les cellules qui les constituent ont toutes un noyau très visible et mesurant jusqu'à 5 μ. Celles qui occupent les bords des lames (*b*), c'est-à-dire celles qui sont sous-jacentes à l'écorce, sont fusiformes sur la tranche et sont bourrées de granulations d'éléidine. Cette constitution du poil rappelle un peu, en définitive, celle que nous avons vue exister sur les papilles filiformes, où les filaments très rapprochés à leur base restent unis par des cellules plates horizontales.

C. Notre troisième série de recherches a porté sur les modifications que présente la muqueuse dans la mélanotrichie linguale et sur les rapports des formations précédentes avec l'épithélium des papilles filiformes.

Ce qui frappe d'abord sur les coupes c'est l'allongement notable du corps des papilles, c'est-à-dire de la partie comprise entre leur point d'insertion et leur plateau terminal. Alors qu'à l'état normal il mesure 3/4 de millimètre, dans la langue noire il peut atteindre, en certains points, deux millimètres. Cet allongement fait paraître la papille plus grêle alors qu'en réalité son calibre varie assez peu. Ces papilles hypertrophiées peuvent conserver leur direction normale, ou s'incliner plus ou moins de telle sorte que sur les coupes transversales elles sont tantôt intéressées longitudinalement, tantôt transversalement.

Un autre point à signaler, c'est le resserrement de ces papilles dont le nombre paraît plus considérable qu'à l'état ordinaire. Il résulte du fait de ce rapprochement que les corps des papilles se soudent latéralement sur une grande partie de leur hauteur, et que cette soudure est réalisée, comme le montre la fig. 8, par l'intermédiaire des cellules claires du corps muqueux de Malpighi, qui en certains points, dépassent le bord libre de ces excroissances. Cette union des corps papillaires se traduit par la formation de ces larges lames d'implantation, dont nous avons constaté l'existence dans l'examen des produits de raclage.

La kératinisation des couches épithéliales superficielles qui coiffent les extrémités libres des papilles est

plus prononcée qu'à l'état normal ; il existe même au dessous du stratum corné un véritables *stratum granulosum* dont les cellules sont remplies de gouttelettes d'éléidine et sont absolument identiques à celles qui se trouvent à l'intérieur ou à l'extérieur des poils. Cette identité est absolument démontrée d'ailleurs par le mode de formation des productions pileuses.

En certains points des bords du plateau terminal des papilles, les lamelles cornées soulevées par une pointe du corps muqueux de Malpighi s'empilent les uns sur les autres pour produire un axe corné. Celui-ci, vers sa base, s'évase et se prolonge entre les cellules malpighiennes plus ou moins relevées qui garnissent le plateau ou la face latérale du corps de la papille (*c* fig. 8). Il résulte de cette disposition que lorsque ces

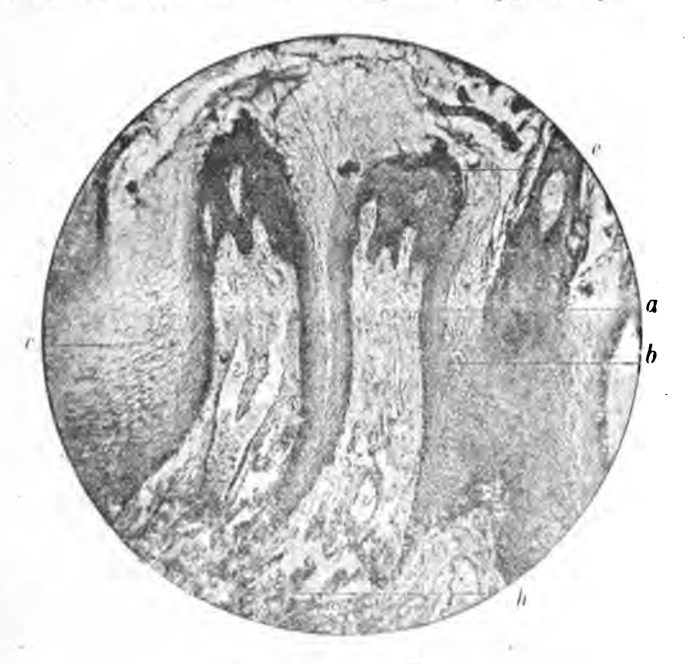


Figure 8 — Gr. $\frac{50}{1}$

cellules malpighiennes se chargeront d'éléidine, un grand nombre d'entre elles se trouveront à l'extérieur de la base du poil et prendront par rapport à son axe une direction plus ou moins oblique. Lorsque le poil s'allongera ces cellules lui resteront adhérentes par leur bord supérieur, tandis que le bord inférieur sera libre ; comme elles se recouvrent naturellement, elles resteront imbriquées les unes sur les autres dans leur mouvement d'ascension.

Sur les papilles de faible calibre, la distance qui sépare les axes cornés des poils qu'elles supportent étant très faible, ceux-ci restent unis par de véritables lames cellulaires parallèles à la surface libre de la papille, c'est-à-dire, plus ou moins perpendiculaires à la direction des poils.

Il est évident qu'entre ces deux types extrêmes il y a des variantes à l'infini, mais quel que soit l'aspect offert par le filament, le mécanisme de la formation reste toujours le même, et se rattache à l'une des deux formes limites que nous avons prises comme exemples.

Une deuxième particularité histologique à laquelle nous attachons une importance très grande est celle qui est tirée du développement du réseau vasculaire des papilles et de la muqueuse linguale. Alors qu'à l'état normal lo calibre des capillaires est très petit, dans la langue noire ces vaisseaux sont très dilatés et forment au centre de certaines papilles de véritables lacs sanguins (*v*. fig. 8). Cette augmentation du calibre des vaisseaux atteint un tel degré qu'en certains points le chorion de la muqueuse présente une structure ayant beaucoup d'analogie avec celle des angiomes caverneux. Nous rappellerons plus loin cette disposition à propos de la pathogénie de la langue noire.

En ce qui concerne la coloration des poils, nous croyons qu'il faut être très éclectique, car elle paraît avoir des causes multiples, et une part de vérité semble revenir à plusieurs des opinions qui ont été soutenues.

Cette coloration et son siège ne peuvent évidemment s'apprécier que sur des pièces fraîches ou conservées dans l'alcool. Le traitement par la potasse à 40 °/₀ ou par les acides acétique ou sulfurique forts ne la fait pas disparaître. L'acide osmique reste sans action, ce qui permet d'éliminer la présence de la graisse. Examiné à un faible grossissement, chaque poil possède un aspect granuleux, comme s'il avait été saupoudré d'une fine poudre. Sa teinte jaune brunâtre n'est pas uniforme : elle est plus accentuée dans les parties fortement granuleuses. En le traitant par la potasse et en l'écrasant, il est facile de se rendre compte que l'axe est à peine teinté et que chacune de ses cellules constituantes, prise isolément, a une couleur excessivement pâle, due au brunissement très faible de la membrane, car le protoplasma est incolore. La coloration brune du poil réside donc particulièrement à la périphérie, là où l'on peut trouver des cellules ayant encore des granulations d'éléidine. Or, la dissociation par la potasse montre que ces éléments superficiels plus ou moins lâches et espacés sont englobés dans une sorte de magma gra-

nuleux jaune brun ou noirâtre qui adhère aux parois cellulaires, et qui donne au poil sa coloration.

Il est assez difficile de préciser la composition de cette masse intercellulaire dont l'origine est certainement fort complexe. Il est possible qu'elle soit due à des débris de lamelles cornées colorés artificiellement par les substances qui traversent la cavité buccale. Il est possible aussi que les granulations alimentaires entrent pour une bonne partie dans sa constitution. Quoi qu'il en soit, la méthode de GRAMM permet d'y déceler l'existence d'une abondante végétation microbienne qui paraît contribuer pour une large part à la formation de cette masse intercellulaire et à sa coloration.

Pathogénie

La mélanotrichie linguale est une affection qui est loin d'être aussi rare qu'on le croit généralement ; si elle n'a pas été signalée plus souvent, c'est que les productions piliformes, cachées par un dépôt saburral, ont échappé à l'attention des médecins. Il est possible, aussi, que cette affection leur fût inconnue.

Ces productions peuvent apparaître dans les deux sexes et à tous les âges de la vie ; on les a vues chez de tout jeunes enfants (RAYNAUD) ; mais les statistiques montrent que c'est chez les vieillards, vers 65 ans, qu'on les observe le plus fréquemment.

On les a rencontrées aussi chez des personnes en parfaite santé ou atteintes d'affections diverses : mal de Pott, tabès, hémiplégie, cancer rénal, cancer du larynx, affections chroniques du tube digestif, fièvre typhoïde, diabète, etc. La variété de ces affections indique, à elle seule, le peu d'importance qu'il faut leur attribuer pour la pathogénie de la langue noire. L'abus du tabac non plus ne paraît avoir aucune action sur son apparition ou sa disparition. C'est donc ailleurs que les auteurs ont cherché la vraie cause de la mélanotrichie linguale. Les diverses explications qu'ils ont proposées se résument, en somme, à deux hypothèses : présence d'un parasite, ou existence d'un trouble trophique. Nous allons examiner successivement ces deux théories.

A. *Théorie parasitaire.*— Nombreux sont les auteurs qui ont signalé la présence de microphytes pullulant à la surface des poils. Toutefois, leur action pathogène n'a pas été appréciée par tous de la même façon. Les uns, comme RAYNAUD, MATHIEU, BUTLIN, BIZZOZERO, BROSIN, etc., les considèrent comme de simples saprophytes végétant simplement sur les filaments, et ne leur accordent aucune valeur nocive. La présence de ces champignons dans la bouche est toute naturelle, la flore buccale étant en effet des plus variée et des plus riche. D'autres font jouer à ces microphytes un rôle très important dans la pathogénie de la langue noire. DESSOIS est le premier auteur ayant soutenu la théorie parasitaire. Il désigne les spores qu'il a observées sous le nom de *glossophytes* et propose de donner à la maladie le nom de *glossophytie*. PASQUIER accepte entièrement les idées de DESSOIS. SENDZIACK est du même avis également, avec cette différence que le parasite à incriminer serait le *Mucor niger*.

Certains, cependant, quoique partisans de cette opinion, y apportent quelques restrictions. C'est ainsi que RAYER admet deux formes : l'une simple et l'autre compliquée de parasites

CIAGLINSKI et HEWELKE, puis SCHMIEGHELOW, distinguent, à leur tour, une forme chronique et une forme aiguë. Pour eux, cette dernière seule serait une véritable mycose produite par le *Mucor niger*. LANNOIS accepte aussi la théorie parasitaire, mais il admet qu'un trouble de la nutrition locale « maladie du système nerveux ou maladie générale » prépare le terrain sur lequel évoluera le microorganisme.

Au premier abord, la théorie parasitaire n'a rien qui choque l'esprit, et elle a l'avantage d'être fort plausible. Cependant, il faut avouer que les preuves apportées en sa faveur sont loin d'être concluantes. En réalité, en effet, on a bien décrit des microphytes, spores, mycelium ou bactéries, végétant sur les poils ou entre les filaments, mais cette situation est trop superficielle pour bien comprendre leur mode d'action. Or, la présence de ces éléments parasitaires dans l'épaisseur de l'épithélium de la muqueuse, c'est-à-dire là où ils pourraient produire un processus irritatif et hypertrophiant, n'a jamais été signalée.

A notre tour, nous avons essayé naturellement de savoir quelle part de vérité il fallait accorder à la théorie parasitaire et nos recherches nous permettent d'affirmer que cette hypothèse est absolument inadmissible.

La méthode de GRAMM et l'emploi de la safranine de BABÈS permettent de colorer et de mettre en évidence les divers microorganismes. Les colorations pratiquées sur les coupes de poils ou sur leurs dissolutions ont décelé l'existence d'une flore très variée : spores, mycelium, bactéries, cocci. Suivant les circonstances, nous avons trouvé ces éléments tantôt

associés, tantôt isolés et formant de véritables cultures pures ; tel est le cas se rapportant à la figure 6, où le microphyte était représenté par une abondante végétation mycélienne ayant beaucoup d'analogie avec celle du *Leptothrix buccalis*. Nous avons toujours trouvé ces éléments dans la même situation, c'est-à-dire à la périphérie des poils, dans le magma granuleux qui les enveloppe, et s'insinuant plus ou moins profondément entre les cellules cornées qui forment l'axe de ces productions filiformes.

L'examen des coupes intéressant la muqueuse tout entière et colorées par les mêmes procédés, a permis de constater l'absence totale de microorganismes dans l'épaisseur de l'épithélium. C'est toujours au-dessus de la couche cornée superficielle, ou autour d'éléments kératinisés, et ne réagissant par suite que très faiblement, ou pas du tout, qu'on les observe. Il faut ajouter enfin que pareille végétation se retrouve, dans la muqueuse normale, et que malgré cela les papilles gardent leur longueur ordinaire.

Tous ces faits : variété des microphytes, leur situation superficielle, leur absence dans l'épaisseur de la muqueuse, indiquent que ces organismes n'interviennent nullement dans la formation des poils, et que la théorie parasitaire doit être rejetée.

B. *Théorie trophique.* — L'idée de ramener l'hypertrophie papillaire à un trouble de la nutrition locale a été émise pour la première fois par Lannois. Mais cet auteur adoptait, en somme, une théorie mixte, puisque pour lui ce trouble servait à favoriser l'action d'un parasite.

La théorie trophique pure a été soutenue, deux ans après, par Wallerand et développée la même année par M. Surmont. Celui-ci, pense en effet, « qu'il faut voir dans la mélanotrichie une dystrophie purement locale, dont les rapports avec le système nerveux restent encore à établir. » Nous partageons entièrement l'opinion de M. Surmont, car nos recherches nous permettent de préciser la nature de cette dystrophie.

En étudiant les altérations de la muqueuse dans la mélanotrichie, nous avons signalé le grand développement du réseau sanguin du chorion et de l'axe conjonctif des papilles. En établissant la comparaison avec une muqueuse normale de la même région, on peut constater que le nombre de capillaires ne paraît pas augmenté, mais qu'en revanche leur calibre a varié dans des proportions considérables. Alors que normalement ces vaisseaux ont dans les papilles un calibre de 15μ environ, nous avons noté en certains points des diamètres de 120 à 150μ, c'est-à-dire dix fois supérieurs. Cette télangiectasie donne à certaines parties du chorion l'aspect d'un angiome caverneux. Ainsi s'explique aussi l'hémorrhagie abondante qui a accompagné l'abrasion de ce fragment de muqueuse. Cette vascularisation intense des papilles amène évidemment une hypernutrition des éléments épithéliaux qui favorise et provoque même leur multiplication active.

Or, on sait que normalement l'épithélium lingual régresse, se détruit et se développe avec une rare activité ; il est le siège d'une mue continuelle, et Drash qui a étudié spécialement ce processus, a remarqué que dans les couches profondes de l'épithélium il y avait de nombreuses figures de karyokynèse. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que dans la mélanotrichie nous constations des figures mitotiques en nombre beaucoup plus considérable qu'à l'état normal et cela grâce à l'hypernutrition des cellules. Comme nous l'avons expliqué dans l'anatomie pathologique, le résultat de cette multiplication active, dont nous venons d'expliquer la cause, se traduit par l'allongement du corps des papilles et des filaments auxquels ils donnent insertion.

Nous pensons qu'il serait peut-être possible de fournir la preuve expérimentale de la pathogénie que nous invoquons, c'est-à-dire de démontrer que l'hypertrophie épithéliale est bien une conséquence du développement du système sanguin. Certaines substances, comme l'adrénaline, injectées dans les tissus, ont une action spéciale sur les vaisseaux dont elles produisent le resserrement. Si l'on pouvait, par des injections fréquentes, amener une constriction permanente des capillaires, il serait facile de constater si cette diminution dans l'apport nutritif s'accompagne de la disparition des poils et d'un nettoyage de la surface de la langue. Nous regrettons que le temps nous ait manqué pour entreprendre cette série d'expériences dont les résultats pourraient avoir une importance capitale pour le traitement de cette affection. Il serait encore plus intéressant de rechercher la cause de la télangiectasie, savoir si ce trouble vasculaire est tout-à-fait local ou s'il se rattache à une affection circulatoire beaucoup plus générale. Il est à remarquer, en effet, que la mélanotrichie se rencontre surtout chez les personnes âgées, ayant dépassé soixante-cinq ans, et chez lesquelles, par suite, l'appareil circulatoire peut présenter un fonctionnement

imparfait. Les cas observés dans la première enfance ne s'opposent pas d'ailleurs à cette conception. On peut du reste, pour ces derniers, admettre aussi une origine congénitale de l'affection, et rapprocher cette télangiectasie de la lymphangiectasie de la langue, qui est aussi d'origine congénitale et qui se traduit tantôt par la macroglossie ou augmentation de l'organe tout entier, tantôt par une hypertrophie des papilles d'une région localisée.

Si la théorie *vasculaire* vient à être confirmée, elle pourra servir de base pour un traitement rationnel de la mélanotrichie linguale ; jusqu'ici les divers moyens utilisés, tels que : grattage de la muqueuse, gargarismes avec solutions antiseptiques (acide salicylique à 1/10) application de caustiques (chlorure de zinc à 1/20), de nitrate d'argent, etc., n'ont eu aucune action sur la marche de l'affection.

MOTS DE LA FIN

ECHOS D'EXAMEN. — Qu'est-ce que la rate ? demande un examinateur.

— Parbleu ! c'est la femelle du rat.

(Lyon médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Conseil municipal de Paris vient de décider, en principe, la création du **Bureau de renseignements médicaux**, dont le docteur R. BLONDEL, *secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale*, poursuit la réalisation depuis deux ans, au retour d'un voyage d'études dans les capitales européennes. Sur la proposition de MM. DAUSSET et Félix ROUSSEL, un premier crédit de 3.000 francs a été attribué à cette fondation, qui relèvera directement de la 4e Commission du Conseil municipal et sera installée, soit à la Faculté de médecine, soit à la Sorbonne, soit à l'Hôtel-de-Ville.

A la Faculté, après les démarches faites par le docteur BLONDEL, d'abord auprès de M. BROUARDEL, dès 1900, puis auprès de M. DEBOVE, la question a été mise à l'étude et le Conseil des professeurs, sur un rapport très favorable de M. POZZI, a approuvé l'installation éventuelle de ce bureau dans la Faculté.

Dans ce bureau les médecins de l'étranger, ou même de la province, entreprenant un voyage d'études à Paris, trouveront un ou des employés *polyglottes* munis de fiches tenues régulièrement à jour, et pouvant donner tous les renseignements désirables sur l'enseignement officiel ou libre, les services hospitaliers, les cliniques, les jours et heures des leçons ou d'opérations des chirurgiens et spécialistes, le fonctionnement des services de l'Assistance publique, la répartition, heure par heure, de l'enseignement et du travail dans chaque hôpital, école, institut, laboratoire, etc. On y trouvera également tous les renseignements concernant les services municipaux et autres intéressant la médecine ou l'hygiène : laboratoire municipal, morgue, eaux, égouts, incinération, etc. Enfin, les médecins étrangers trouveront, classés par nationalités, les noms, adresses et heures de leurs compatriotes médecins fixés à Paris et acceptant de leur servir de guides à l'occasion.

Le but de cette intéressante création est de rendre plus profitable et plus aisée la connaissance des multiples services administratifs ou didactiques existant à Paris et appelant la visite des médecins étrangers en tournée d'études. La propagation de l'influence française ne peut que gagner à la multiplication de ces visites.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs BENOIT, de Dieulefit (Drôme) ; BLANCHETON, de Saint-Anthème (Puy-de-Dôme) ; LECLERC, de Rouillac, (Charente) ; POMMIER, de Thorigny (Manche) ; ROBERT, médecin de la Société française de bienfaisanee et d'assistance mutuelles de Madrid ; ROUVIER, professeur à la Faculté de Beyrouth ; RÉGIS, chargé du cours des maladies mentales à la Faculié de Bordeaux.

Mérite agricole. — Sont nommés *Chevaliers* : MM. les docteurs ROZIER, de Beuquet (Landes) ; VELLUTINI, d'Aggana (Corse) ; VIALETTES, de Montbazin (Hérault) ; VITRAC, de Sainte-Anne (Guadeloupe).

Notre Carnet

M. le docteur Charles DUBOIS, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille HENRIETTE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs FEBVRÉ, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Marne) ; TACHARD, de Colombes (Seine).

BIBLIOGRAPHIE

La Démence précoce, par le Dr G. DENY, médecin de la Salpêtrière, et P. ROY, interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages avec 11 photographies, cartonné (*Actualités médicales*) : (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Parmi les psychoses que l'on observe communément

sinon exclusivement, chez les jeunes gens, il en est une, qui, en raison de ses caractères spéciaux, de sa fréquence et de sa gravité, mérite de retenir particulièrement l'attention ; nous voulons parler de la *démence précoce*.

Bien qu'elle ait été signalée il y a déjà plusieurs années, et que son existence ait été consacrée par un grand nombre de travaux cette affection n'est pas encore admise, comme entité clinique, par tous les aliénistes, les uns la considérant comme une manifestation tardive de la dégénérescence mentale, les autres, comme une simple complication des diverses vésanies qui peuvent s'observer au moment de l'odolescence, comme à toutes les autres périodes de la vie.

MM. Deny et Roy croient que, malgré le polymorphisme de ces symptômes, la démence précoce constitue une affection autonome, à évolution spéciale qui doit être définitivement détachée du bloc des psychoses dites de *dégénérescence* et qui mérite d'occuper une place aussi importante que la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, en dehors du point de vue doctrinal et des controverses suscitées par l'apparition d'une nouvelle forme morbide, il leur a paru qu'il y avait un véritable intérêt à vulgariser, dès aujourd'hui, cette notion de la démence précoce, qu'ils ont faite aussi claire et simple que possible, afin de la rendre accessible à tous.

Ils distinguent trois grandes variétés de démence précoce : 1° la forme hébéphrénique ou maniaque ; 2° la forme catatonique ou stupide ; la forme paranoïde ou délirante. Puis ils étudient l'évolution de la maladie, son diagnostic et son pronostic, les causes dont elle paraît dépendre, les lésions auxquelles on l'a rattachée, enfin les applications médico-légales et thérapeutiques qu'elle suggère.

Nous apprenons qu'il vient de se créer à Paris, 14, rue d'Argenteuil, 1er, un OFFICE MÉDICAL, destiné à servir, à titre gracieux, de correspondant à tous les membres du corps médical et pharmaceutique.

Ceux de nos lecteurs désireux de s'inscrire, n'ont, pour recevoir tous les renseignements désirables, sur les différents services de l'OFFICE, qu'à adresser leur carte de visite au directeur-fondateur, Monsieur le docteur M. A. Legrand, ou à les déposer à son nom à l'adresse indiquée ci-dessus.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

1re Semaine, du 28 Décembre 1902 au 3 Janvier 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	4
3 mois à un an	»	5
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	2	4
10 à 20 ans	3	1
20 à 40 ans	9	8
40 à 60 ans	6	9
60 à 80 ans	12	21
80 ans et au-dessus	3	3
Total	44	60

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Naissances par quartier	Total des décès	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phtisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	13	8	4	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	14	13	4	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	»	»	3
Moulins, 24,947 hab.	14	19	2	»	»	»	»	»	6	»	»	»	3	3	3	»	»	»	»	»	»	2
Wazemmes, 36,782 hab.	27	14	4	»	»	»	»	»	2	»	»	»	3	2	1	»	»	1	»	»	»	1
Vauban, 20,381 hab.	9	12	4	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	1	2	»	»	»	»	»	»	1
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	10	10	6	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Esquermes 11,381 hab.	6	6	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	5	4	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	10	10	3	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	4
Canteleu, 2,836 hab.	3	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	9	7	2	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Total	120	104	32	»	1	»	»	1	14	»	»	4	14	10	9	»	»	1	»	»	»	18

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 316. Septième Année. N° 5. Le Numéro : 10 centimes. 1er Février 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos des accidents du travail
L'aggravation volontaire des blessures

Sous ce titre, le docteur E. RAYBAUD a publié dans le *Marseille médical* (Décembre 1902) l'intéressant article ci-dessous. Notre confrère a bien voulu nous autoriser à le reproduire.

Nous avons cru devoir demander sur ce même sujet à M. J. JACQUEY, professeur à la Faculté de Droit de Lille, un travail d'ensemble au point de vue juridique, certain que tout médecin le lirait avec fruit.

M. le docteur GOUIN signalait, il y a quelques mois, les difficultés de la pratique médicale en matière d'accidents du travail. Je crois répondre à son appel en attirant l'attention sur quelques procédés de fraude qui paraissent assez répandus parmi les ouvriers de notre ville.

Il n'est pas rare de voir des blessures légères, des érosions superficielles de l'épiderme pour lesquelles, à un premier examen, on prévoit une incapacité de travail ne dépassant pas dix à quinze jours, s'éterniser pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, quelque soin qu'on prenne à les examiner et à les panser. Dans certains cas, l'état général du blessé, l'existence d'une diathèse ou d'une maladie antérieure explique cette prolongation du mal et la lésion se cicatrise bientôt si l'on traite en même temps une syphilis mal éteinte, une tuberculose latente ou si le blessé veut bien renoncer à des habitudes d'alcoolisme chronique. Mais, chez d'autres malades, le défaut de cicatrisation ne paraît lié à aucune cause appréciable et on lutte sans succès contre une atonie ou un phagédénisme inexplicables. C'est que, pour la plupart de ces individus, la persistance des lésions est due à leur intervention personnelle et qu'ils entretiennent volontairement la blessure dont ils se font ainsi une source de revenus (1).

Le procédé de fraude le plus communément employé par ces simulateurs paraît être l'application de *mouches de Milan*. Un pharmacien, bien placé dans un quartier ouvrier, me déclarait qu'il n'avait jamais vendu autant de mouches que depuis ces dernières années et que le débit en augmentait sans cesse. Dans l'espace de quelques mois, j'ai eu l'occasion d'observer deux cas avec preuves à l'appui chez des blessés confiés à mes soins.

D. H., ouvrier des quais, m'est adressé par son patron, le 29 mars 1902, pour une plaie contuse de la face antérieure de la jambe gauche. L'avant-veille, il avait reçu le choc d'une palanquée et présentait une éraflure très superficielle au devant de la face antéro-interne du tibia. Un pansement provisoire avait été aussitôt appliqué et, disait-il, était resté en place jusqu'à ma visite. La lésion paraissait demander une quinzaine de jours de traitement. Mais bien loin de s'améliorer au bout de ce temps, la plaie

(1) Les ouvriers des quais, à Marseille, sont payés à raison de 6 francs par jour. Les bons ouvriers, attachés régulièrement à un chantier, n'auraient aucun bénéfice à ce trafic. Mais il y a beaucoup d'individus qui ne trouvent pas à travailler chaque jour et qui parviennent à peine à se faire embaucher deux ou trois fois par semaine, les jours de presse. Le demi-salaire — 21 francs par semaine — que leur assure la la loi de 1898 leur procure donc, sans fatigue, un bénéfice supérieur à celui que leur rapporte leur travail irrégulier et très suffisant d'ailleurs pour les ouvriers qui n'ont aucune charge de famille.

s'étendait, se rouvrant sur les bords, tandis que de petites vésico-pustules apparaissaient en dehors de ses limites, créant de nouvelles exulcérations qui compliquaient la lésion primitive. Successivement, les pansements humides à l'eau boriquée, puis à l'eau bouillie, les pansements secs au salol, l'occlusion avec le diachylum furent essayés sans plus de succès. Cependant l'inflammation demeurait très superficielle, l'os sous-jacent ne présentait aucun signe de périostite ; un interrogatoire minutieux et un examen attentif du malade ne révélaient aucun antécédent important, pas de syphilis, pas de tuberculose, pas d'éthylisme, seulement quelques accès palustres datant de plusieurs années et jamais réveillés. Après plus de deux mois d'attente,et pressé par la Compagnie d'assurances de déterminer quelle serait encore la durée de l'incapacité de travail de ce blessé, je déclarai qu'à mon avis il devait user de supercherie pour entretenir sa blessure, et je demandai de faire fixer par un expert les limites de son incapacité. La Compagnie cessa alors ses allocations à l'ouvrier qui fit appel au juge de paix. Le médecin expert désigné par le juge procéda, le 24 juin, à l'examen du blessé, conclut que la cicatrisation de la plaie était retardée par l'influence d'un état constitutionnel antérieur, qu'il ne précisait d'ailleurs nullement, et décida qu'il faudrait au moins un mois de soins avant d'obtenir la guérison complète. L'Assurance me renvoya donc son blessé, et je repris le traitement interrompu depuis près d'un mois. Durant cet intervalle, la plaie s'était encore étendue et aggravée d'une légère inflammation du périoste sous-jacent. J'appliquai des pansements humides, sans rechercher la diathèse invoquée par mon confrère et dont j'avais depuis longtemps vérifié l'absence. Le 20 août, je pouvais enfin constater la cicatrisation et fixer au 27 la reprise du travail. Deux ou trois jours plus tard, je recevais à mon cabinet une femme très émotionnée qui se disait la voisine de mon blessé et prétendait avoir été battue par lui ; pour se venger, elle venait me déclarer que, chaque fois que je l'avais pansé, D. H. n'avait rien de plus pressé en rentrant à son domicile que de se débarrasser du pansement que je venais de lui appliquer, pour le remplacer par un morceau de mouche de Milan. Ignorant qu'il avait été définitivement réglé, elle voulait connaître l'adresse du patron et de l'Assurance pour aller divulguer à tous les talents de son... voisin. Je pensai un moment à l'envoyer chez mon confrère l'expert, pour le renseigner sur l'état constitutionnel de notre client. L'affaire étant terminée par le règlement, tout devenait inutile, et j'en informai la délatrice fort dépitée de voir échapper sa vengeance.

Quelques jours plus tard, le 4 septembre, un autre ouvrier, J. V., m'était envoyé à la suite d'une chute datant de la veille. Il s'était foulé la cheville en mettant le pied dans un trou et s'était légèrement écorché l'épiderme à la face antéro-externe de la jambe. Je pronostiquai, surtout en raison du traumatisme articulaire qui s'accompagnait d'un peu de gonflement et de beaucoup de douleur... apparente, que l'incapacité serait d'environ 20 jours.

A la visite suivante, l'écorchure insignifiante du début s'était transformée en une plaie large et profonde à peu près arrondie, à bords décollés, suintant abondamment. Comme je m'étonnais du changement survenu si inopinément, V... me déclara que le pansement que je lui avais appliqué l'avant-veille — gaze aseptique et coton boriqué — s'était collé sur la plaie et qu'il s'était déplacé pendant son sommeil, avivant ainsi mécaniquement la lésion. Prévenu par la précédente aventure, je me réservai de surveiller mon homme et parus accepter l'explication. Ici encore, aucun antécédent ni aucun stigmate ne permettaient de mettre en cause quelque maladie diathésique. Je prescrivis des pansements humides et la plaie s'améliora rapidement. Elle touchait à la guérison lorsque, le 28 septembre, je constatai le même changement brusque dans l'état de la lésion. Le procédé était trop maladroit pour m'échapper. Je ne cachai pas mon opinion au blessé et l'avertis que j'allais prévenir son patron qui l'avait confié à mes soins. Quelques jours plus tard, il revint me trouver, avouant que mes soupçons étaient justes, que par deux fois il s'était appliqué sur la jambe une mouche de Milan pour faire durer sa blessure ; il espérait ainsi vivre sans rien faire jusqu'au moment de son prochain départ pour le service militaire. Faisant amende honorable, il venait me prier de l'aider à obtenir une transaction de la Compagnie d'assurances qui représentait son patron.

A côté de ces faits rendus certains par la délation ou par l'aveu, je pourrais citer plusieurs autres cas où le même moyen de fraude m'a paru être employé. Mais ces deux observations suffisent à mettre en lumière ce procédé de supercherie.

D'autres ouvriers m'ont paru employer un procédé moins violent et peut-être plus sûr pour entretenir leurs plaies. Je n'ai ici aucune preuve certaine, mais mon opinion s'appuye sur le débit assez important, qui m'a été signalé par certains pharmaciens, d'une drogue qui est sûrement peu ordonnée par les médecins, je veux parler de l'écorce de garou.

Le *garou* ou *sainbois* (1), que les botanistes appellent *Daphne Gnidium* et rangent dans la famille des Thymélacées, a joui d'une grande vogue au temps de la médecine dérivative, des sétons et des cautères. L'ancienne pommade épispastique, que l'on appliquait sur ces exutoires pour favoriser et entretenir la production d'un exsudat séro-purulent louable, était à base de garou. Les papiers épispastiques, qui ne survivent plus que sous la forme

(1) Dictionnaire de Dechambre.

spécialisée de papier d'ALBESPEYRES, les pois suppuratifs de WISLIN, les pois élastiques de LEPERDRIEL doivent à la même drogue leurs propriétés vésicantes. L'écorce de garou peut encore être employée directement après avoir été humectée dans l'alcool ou le vinaigre ; son application sur la peau détermine une petite éruption vésiculeuse et une suppuration légère sans inflammation trop vive. Tous ces produits sont tombés aujourd'hui dans l'oubli, et les sétons ne s'appliquant plus qu'aux chevaux, la pommade épispastique n'est plus usitée qu'en médecine vétérinaire.

Je crois cependant que certains ouvriers connaissent l'usage thérapeutique du garou, mais en modifient le but. J'ai vu en effet quelquefois des blessés atteints de contusions sans lésion de l'épiderme revenir à une visite ultérieure avec une éruption de vésico-pustules que rien ne faisait prévoir ni ne pouvait expliquer ; en frottant légèrement avec un tampon imbibé d'éther, le coton enlevait une substance brûnâtre d'odeur résineuse. Ces constatations font naître des présomptions que le débit commercial de l'écorce de garou ne peut que confirmer.

Il m'a paru intéressant de publier ces quelques considérations dont l'importance pratique est assez sérieuse. Dans l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail, le médecin joue un rôle trop considérable pour n'être pas tenu de connaître toutes les causes possibles d'erreur. L'acte par lequel l'ouvrier aggrave volontairement sa blessure est indélicat. Le médecin n'a rien à gagner à devenir le complice de cette indélicatesse en paraissant l'ignorer, ou la dupe de l'ouvrier en l'ignorant réellement.

Il ne m'appartient pas toutefois de tracer une ligne de conduite au médecin qui pourrait soupçonner ou convaincre de supercherie un blessé confié à ses soins. La loi même est d'ailleurs muette sur ce point. Aucun article de la loi de 1898 ne prévoit ces cas de fraude ; quant aux Codes, ils ne contiennent aucun texte applicable à ces faits. L'article 405 du Code Pénal qui prévoit et punit l'escroquerie, seul délit auquel puisse être assimilé ce mode de tromperie, est rédigé de telle sorte qu'on ne peut l'appliquer à cette occasion. Ce n'est donc qu'en confiant l'examen du blessé à un expert éclairé qu'on pourra enrayer le trafic de ces ouvriers peu scrupuleux, en déclarant au juge de paix à qui appartient le règlement de ces sortes de litiges que le patron ne peut être rendu responsable d'une aggravation voulue par son employé (1). En outre, puisque la loi de 1898 a montré déjà de telles imperfections, que son remaniement s'impose au législateur, on pourrait peut-être y ajouter un texte qui prévoie et punisse au besoin ces pratiques dignes d'une Cour des Miracles modernisée.

(1) La Cour d'Angers, par arrêt du 11 août 1902, confirmant un jugement du Tribunal de la Flèche, du 27 juin, a décidé que la *responsabilité du patron ne peut être étendue aux conséquences de l'imprudence inexcusable de la victime, lorsque cette imprudence est postérieure à l'accident et commise en dehors de tout contrat de travail.* Un ouvrier avait eu un ongle arraché en plaçant une pierre sur un échafaudage ; il ne prévint pas son patron, continua son travail et mourut, quelques jours après, de tétanos. Sa veuve fut déboutée conformément au jugement sus-énoncé. A *fortiori*, ces conclusions pourraient-elles être appliquées à l'ouvrier qui, par sa mauvaise foi, se procure une aggravation de sa blessure.

A propos des accidents du travail

L'aggravation volontaire des blessures au point de vue juridique

par M. Jules Jacquey,
Professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Lille.

Un accident du travail est survenu, qui a entraîné pour l'ouvrier des blessures quelconques. La victime a droit, de par la loi du 9 avril 1898, à une indemnité dont le montant variera suivant les conséquences produites par l'accident. Ces conséquences se traduiront notamment, d'un côté, par la nécessité où sera l'ouvrier de recourir à un médecin, et d'un autre côté, par l'incapacité où il sera de reprendre son travail au moins pendant un certain temps. De là, en faveur de la victime d'un accident, et à la charge du patron ou chef d'entreprise, une double indemnité : indemnité pour frais médicaux, et indemnité pour incapacité de travail.

L'indemnité pour frais médicaux pourra varier comme peuvent varier le coût du traitement prescrit par le médecin et les honoraires même du médecin traitant. Mais il faut remarquer que le montant de cette indemnité due par le patron ne peut pas être influencé par le fait ou la volonté de l'ouvrier. Il ne dépend pas de l'ouvrier de se faire appliquer, entre deux ou plusieurs modes de traitement, celui qui serait le plus coûteux. Il ne dépend pas de lui non plus de mettre à la charge du patron les honoraires de tel ou tel médecin auquel sa notoriété mérite une rémunération pécuniaire exceptionnelle. En principe, c'est le patron qui désignera le médecin traitant, et ce sont les frais seuls du traitement prescrit par ce médecin que le patron aura à supporter. Ce principe, il est vrai, comporte des tempéraments.

D'une part, le médecin traitant n'a pas le pouvoir de mettre à la charge du patron les frais d'un traitement quelconque, et les tribunaux revendiquent, à cet égard, leur liberté d'appréciation. C'est ainsi qu'ils comprennent dans les frais dus par le patron, soit les honoraires du médecin ou chirurgien, soit le coût des certificats médicaux que l'ouvrier a dû produire, soit la note des fournitures de pharmacie achetées par ordre du médecin, soit les frais d'hôpital si le blessé a été hospitalisé. Un tribunal y a fait rentrer les honoraires d'un dentiste, voire la fourniture d'un ratelier. Un autre y a compris même les frais d'un traitement électrothérapique ordonné par le médecin. Mais, par contre, un tribunal a refusé de mettre à la charge du patron les frais nécessités par l'envoi et le

séjour de l'ouvrier blessé dans une station thermale. Et, bien certainement, le patron serait en droit de se refuser à payer les frais, soit du traitement suivi par l'ouvrier sur les conseils d'un empirique, soit des fournitures de pharmacie que l'ouvrier se serait procurées sans qu'elles fussent ordonnées par le médecin.

D'autre part, sans doute, l'ouvrier n'est pas obligé d'accepter le médecin désigné par le patron, il a le droit de choisir son médecin. La loi lui reconnaît expressément ce droit. Mais aussi prend-elle le soin de décider, non moins expressément, que : « Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite ». (Loi du 9 avril 1898, art. 4). Or, ceci revient à dire que le choix réservé à l'ouvrier ne peut jamais nuire au patron, en d'autres termes, que l'ouvrier ne peut, par la manière dont il exerce son choix, augmenter arbitrairement, à sa guise, l'indemnité que la loi lui assure pour frais médicaux et pharmaceutiques. Ce qui justifie notre proposition, à savoir que le montant de l'indemnité due par le patron pour frais médicaux n'est pas de nature à être influencé par le fait ou la volonté de l'ouvrier.

Envisageons maintenant l'indemnité pour incapacité de travail. Les bases d'après lesquelles doit être fixée cette indemnité sont spécifiées par l'art. 3 de la loi de 1898, qui distingue suivant que l'incapacité est temporaire ou permanente, partielle ou absolue, et qui prévoit enfin le cas où l'accident entraînerait la mort de la victime. Mais, sans nous embarrasser de ces distinctions, demandons-nous si le montant de cette indemnité présente le même caractère que le montant de l'indemnité pour frais médicaux, c'est-à-dire si l'ouvrier peut, par son fait, par sa volonté, faire varier, faire augmenter le chiffre de l'indemnité qui lui est due pour incapacité de travail Notamment, l'ouvrier peut-il, — en refusant de se laisser soigner, ou en se soignant mal, ou *à fortiori* en faisant tout le contraire de ce qu'il devrait faire pour obtenir une prompte et complète guérison, — prolonger, par son fait ou sa volonté, la période d'incapacité de travail, ce qui entraînerait pour le patron l'obligation de payer une indemnité plus considérable ? Telle est la question de droit à laquelle aboutissent les observations présentées par le docteur RAYBAUD, dans la communication reproduite plus haut, à propos de *l'aggravation volontaire des blessures* de l'ouvrier victime d'un accident de travail.

Or, l'équité, le bon sens même protesteraient contre semblable faculté reconnue à l'ouvrier. Hâtons-nous de dire que, sur ce point, notre loi paraît d'accord avec l'équité et le bon sens.

Prenons d'abord l'hypothèse signalée par le docteur RAYBAUD. « La persistance des lésions est due à l'intervention personnelle de l'ouvrier, qui entretient volontairement la blessure dont il se fait ainsi une source de revenus ». Y a-t-il simplement là un « acte indélicat » dont l'ouvrier puisse, à son gré, tirer profit aux dépens du patron débiteur de l'indemnité ?

En droit, et au point de vue théorique, la question ne saurait, à nos yeux, soulever de difficulté. Nous croyons fermement qu'aucun juge de paix, aucun tribunal n'admettra jamais un ouvrier à se prévaloir d'une situation qui est la conséquence exclusive de son fait dolosif, frauduleux, ce fait ne tombât-il pas sous l'application d'une loi pénale. — Pourtant, observe le docteur RAYBAUD dans la conclusion de sa communication, la loi est muette sur ce point ; aucun article de la loi de 1898 ne prévoit ces cas de fraude ; quant aux Codes, ils ne contiennent aucun texte applicable à ces faits ! — Nous répondrons qu'il n'était pas besoin qu'un texte spécial formulât une règle qui découle expressément des principes généraux de notre droit, et manifestement des dispositions de notre loi du 9 avril 1898.

Il est, dans notre droit, un principe général, vieux de bien des siècles, et qui nous vient de la législation romaine où il était formulé en trois mots énergiques : *Fraus omnia corrumpit*. Ce brocard juridique ne se retrouve, il est vrai, traduit dans aucun de nos Codes, dans aucune de nos lois, en termes aussi expressifs et d'une portée aussi générale. Mais jamais, que nous sachions, sa survivance n'a été mise en doute, et jamais, à notre connaissance, un tribunal n'a refusé d'appliquer cette règle traditionnelle, en se déclarant désarmé, par le silence des textes, devant une fraude bien caractérisée. Or, parmi les cas de fraude que l'on peut imaginer, il n'en est guère de plus caractérisé que celui de l'ouvrier qui aggrave volontairement sa blessure, dans le but de faire augmenter le montant de l'indemnité qui peut lui être due à la suite d'un accident. Donc, le principe *Fraus omnia corrumpit* suffirait à lui seul pour permettre de réprimer la fraude de l'ouvrier et de déjouer ses calculs.

Mais la loi du 9 avril 1898 elle-même commande cette solution par l'ensemble de ses dispositions, et notamment par celles relatives à la faute intentionnelle et à la faute inexcusable.

Y a-t-il faute intentionnelle, c'est-à-dire faute volontairement commise par l'ouvrier pour produire un accident et se créer ainsi des droits à une indemnité ? L'article 20 de la loi de 1898 décide qu'aucune des indemnités déterminées par cette loi ne pourra être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Y a-t-il eu, de la part de l'ouvrier, faute inexcusable, c'est-à-dire faute grossière, conséquence d'une négligence ou d'une incurie en quelque sorte coupables ? Le même

texte permet au juge de diminuer comme il le jugera équitable, par conséquent de réduire jusqu'à la somme de 1 franc, le montant des indemnités à allouer à l'ouvrier.

Or, ces deux séries de dispositions, tout comme celle que nous rappelions tout-à-l'heure à propos du choix de son médecin par l'ouvrier, montrent avec évidence quelle a été la préoccupation du législateur. Tout en mettant à la charge de l'entreprise ce qu'on appelle le risque professionnel, le législateur a voulu prémunir le chef d'entreprise contre la fraude de l'ouvrier, et non seulement contre la fraude, mais même contre l'imprudence ou la négligence grossière de l'ouvrier. Il a pris des mesures pour que les conséquences de la faute intentionnelle ou inexcusable de l'ouvrier restent à sa charge personnelle, et ne puissent jamais lui procurer un bénéfice aux dépens du patron.

Mais, si la loi de 1898 prend le soin de déclarer le patron non responsable de l'accident qui est le fait volontaire de l'ouvrier, comment rendrait-elle le patron responsable des conséquences de l'accident, lorsque ces conséquences sont également le fait volontaire de l'ouvrier ? *Eadem est ratio.*

Et si la constatation de la négligence ou de l'incurie grossière de l'ouvrier suffit à permettre de réduire presque à zéro le montant des indemnités qui peuvent lui être dues à la suite d'un accident non volontairement provoqué, comment la loi n'admettrait-elle pas que les indemnités peuvent être également réduites, lorsqu'il est constaté que l'ouvrier a volontairement aggravé ou prolongé les conséquences de l'accident ? C'est *a fortiori* qu'il doit en être ainsi.

En outre, plaçons-nous même dans une hypothèse où, l'accident étant le résultat d'un cas fortuit, le patron est pleinement tenu d'indemniser la victime. De quoi est-il tenu de l'indemniser ? Des conséquences de l'accident, et, uniquement des conséquences de l'accident, puisque l'accident est l'unique base, l'unique cause de la responsabilité du patron. Mais les conséquences des pratiques par lesquelles l'ouvrier aggrave ses blessures ou en retarde volontairement la guérison ne sont, à aucun point de vue, des conséquences de l'accident. Donc, concluons-nous, le patron ne saurait, à aucun titre, en être déclaré responsable.

La remarque en a été faite très judicieusement par un auteur (note sous un arrêt de la cour de Douai, en date du 14 novembre 1900, dans le Recueil de *Sirey*, 1901, II, 212), « la loi de 1898, avec un sens très vif de la justice, a mesuré l'indemnité sur les conséquences de l'accident. Ce sont seulement *les accidents* qui *donnent droit à l'indemnité* (art. 1er) ; c'est seulement *à raison des accidents* qu'on peut réclamer une indemnité (art. 2) ; c'est la réduction *que l'accident aura fait subir au salaire* qui sert de base à l'indemnité en cas d'incapacité partielle et permanente (art. 3). Le patron est donc tenu des conséquences de l'accident, mais de ses conséquences seules. Si donc l'ouvrier a été mal soigné, mais sans qu'on puisse lui reprocher aucune faute, l'aggravation résultant de l'insuffisance des soins ne réduit pas l'indemnité, parce que l'incapacité reste la conséquence de l'accident, que, sans l'accident, l'incapacité ne se serait pas produite, qu'enfin aucun élément étranger, imputable à l'ouvrier, n'est venu aggraver les conséquences de l'accident. Mais, si l'aggravation résulte de la faute de l'ouvrier, par exemple, s'il a eu recours à un empirique, ou si, de propos délibéré, il a choisi un médecin manifestement ignorant, ou si enfin il n'a pas obéi aux prescriptions du médecin, cette aggravation n'est pas la conséquence de l'accident ; elle provient d'un fait postérieur, imputable à l'ouvrier seul, et dont ce dernier doit subir les effets. Le patron, sans doute, est responsable de l'accident survenu par la faute de l'ouvrier, mais il n'est pas responsable des complications dérivant de cette faute ; l'accident rentre dans les risques professionnels, le mode de traitement qu'adopte l'ouvrier n'y rentre pas. La conclusion est qu'en pareil cas, les tribunaux doivent régler l'indemnité en tenant compte seulement des conséquences qu'aurait eues l'accident, si la faute postérieure de l'ouvrier ne s'était pas produite. »

Et ce ne sont pas là simples opinions doctrinales. Elles ont été consacrées déjà par de très nombreuses décisions de jurisprudence qui, sans doute, ne visent pas directement le cas d'aggravation volontaire de ses blessures par l'ouvrier, mais qui statuent sur des cas analogues beaucoup moins favorables, tels que : retard de l'ouvrier à se soigner, refus de se laisser soigner, défaut d'obéissance aux prescriptions médicales, refus de permettre une opération chirurgicale non dangereuse. En voici quelques-unes, qu'il ne sera peut-être pas inutile que les médecins connaissent.

Tantôt, il s'agit du retard apporté par l'ouvrier à se faire soigner. — Le tribunal civil de Grenoble décide, dans son jugement du 3 mai 1901 (*Recueil* de Grenoble, 1901, 222), que ce retard n'est pas de nature à entraîner le rejet de la demande de l'ouvrier lorsqu'il est constant, d'après les circonstances de la cause, que l'accident est le résultat du travail professionnel, que l'ouvrier a pu se tromper sur les conséquences de l'accident et que sa conduite n'est pas le résultat d'une spéculation. C'est dire que, si le retard de l'ouvrier à se faire soigner avait paru être le résultat d'une spéculation, le tribunal de Grenoble aurait repoussé la demande d'indemnité. — Puis, dans deux décisions que vise le docteur RAYBAUD, le tribunal civil de La Flèche, par jugement du 29 février 1902, et la cour d'Angers, par arrêt du 11 août 1902 (*Gazette du Palais*, 1902, II, 449), refusent toute indemnité pour la mort d'un ouvrier, des suites d'un tétanos consécutif à une blessure. Les juges constatent que l'accident n'avait en lui-même que peu de gravité, ayant entraîné une blessure insignifiante à l'ongle d'un pouce, mais que l'ouvrier n'avait rien fait pour mettre son patron

au courant de l'accident, qu'il n'avait pris aucune des précautions de traitement et de repos que nécessitait son état, que, par suite, sa mort avait été le résultat d'une négligence et d'une imprudence personnelles, commises par lui dans des circonstances absolument indépendantes de son travail, et sans lesquelles elle ne se serait certainement pas produite. Et ils en concluent que cette mort ne saurait donc à aucun titre être considérée comme un accident du travail. « Si, disait le tribunal, la responsabilité du patron a pu s'étendre aux conséquences directes et immédiates d'un accident peu grave en lui-même, elle ne saurait être étendue aux conséquences de l'imprudence inexcusable de la victime, imprudence postérieure à l'accident et commise en dehors de tout contrat de travail. »

Tantôt, il s'agit du refus, par l'ouvrier, de se laisser soigner. — Dans un jugement du 18 juin 1901 (*Nord Judiciaire*, 1902, 287), le tribunal civil de Draguignan décide que, lorsque la victime s'est refusée à suivre le traitement prescrit par le médecin, et que ce refus a eu pour conséquence l'aggravation de l'état du blessé, il y a lieu de réduire le montant de la rente à laquelle celui-ci aurait droit en vertu de la loi de 1898. — Dans un arrêt du 10 décembre 1901 (*Sirey*, 1902, II, 134), la Cour de Rennes refuse toute indemnité à un ouvrier qui avait, à deux reprises, refusé énergiquement les soins qui lui étaient recommandés et résisté à tous les conseils. La Cour constate que l'état de l'ouvrier est la conséquence exclusive de son incurie et de son mauvais vouloir, et elle déclare que, dans ces conditions, le patron ne peut être tenu de réparer un dommage auquel la victime s'est sciemment et volontairement exposée.

Dans un arrêt du 19 février 1902 (*Recueil des Assurances*, 1902, 278), la Cour d'Amiens juge que l'ouvrier victime d'un accident a droit seulement à une indemnité pour incapacité temporaire, et non à une rente viagère pour cause d'incapacité permanente partielle, lorsque son état s'est aggravé par suite de son refus de se soumettre aux prescriptions médicales qui auraient consolidé la blessure et amené un rétablissement complet. — Enfin, dans un jugement du 20 mars 1902 (*Recueil des accidents du travail*, 1802, 31), le tribunal civil de Lille décide que le patron ne saurait être pécuniairement victime du fait de l'ouvrier qui préfère une infirmité plus grande afin de toucher une indemnité plus forte, et qui, dans ce but, refuse de se rendre à l'Institut mécanothérapique de Paris et d'en suivre le traitement, aux frais du patron et avec paiement de ses demi-salaires.

Tantôt, il s'agit du défaut d'obéissance aux prescriptions médicales acceptées. Dans un jugement du 17 juillet 1900 (*Sirey*, 1901, II, 224), le tribunal civil de Narbonne, à propos de l'ankylose d'un doigt de la main droite, pose en principe que, si les conséquences d'un accident sont aggravées par un défaut de soins de la part de la victime, qui n'a pas exactement suivi les conseils du médecin, l'indemnité doit être calculée comme si cette aggravation ne s'était pas produite.

Le seul point qui ait soulevé, et qui soit de nature à soulever des difficultés, est relatif au refus de l'ouvrier de se soumettre à une opération chirurgicale déterminée. Et encore ces difficultés ne sont-elles que des difficultés de fait, des difficultés d'appréciation. Les opérations chirurgicales étant très variables, soit par leur nature, soit par le danger qu'elles présentent, soit par leurs chances de réussite, les tribunaux ont été amenés à distinguer suivant que le refus du blessé de se soumettre à telle opération paraît se justifier ou non par des raisons sérieuses. C'est ce qui ressort des décisions suivantes, que nous citons dans l'ordre chronologique.

Le tribunal civil de Lyon a jugé, le 2 août 1901 (*Moniteur jud. de Lyon*, du 24 oct. 1901), que l'ouvrier a l'obligation légale de se faire soigner, et qu'au cas de lésion déterminée, si les experts médicaux déclarent qu'une opération s'impose, il y a lieu de décider que l'ouvrier, qui refuse de se laisser opérer, aggrave volontairement le degré d'incapacité devant résulter de l'accident; d'où cette conséquence que l'indemnité devra être calculée comme si cette opération avait eu lieu.

De même, par arrêt du 31 décembre 1901 (*Le Droit*, du 13 février 1902), la Cour de Besançon a jugé qu'il y a faute de la part d'un ouvrier dans le refus obstiné de se prêter à des soins destinés à prévenir les conséquences d'une opération chirurgicale qu'il a subie avec succès, lorsque ces soins ne présentent aucun danger et ne doivent lui causer aucune souffrance appréciable. En conséquence, le patron a été déclaré non responsable des troubles et de la gêne éprouvés par l'ouvrier en suite de ladite opération.

Voici, au contraire, des cas dans lesquels le refus de l'ouvrier a été considéré comme justifié.

Si l'opération est dangereuse, on ne saurait faire grief à un ouvrier de son refus de la subir, dit la Cour de Bordeaux, dans un arrêt du 10 mars 1901 (*Recueil des arrêts de Bordeaux*, 1901, I, 319).

Ainsi jugé spécialement par la Cour de Besançon, le 27 novembre 1901 (*Gazette du Palais*, 1902, I, 187) pour une uréthrotomie externe, opération recommandée à la suite d'une rupture du pubis et d'un déchirement de l'urèthre qui avaient déterminé une infection urineuse purulente. Mais le médecin expert qualifiait lui-même cette opération de « fort délicate », ce dont les juges prirent texte pour conclure qu'elle présentait des aléas de nature à expliquer la résistance ou les hésitations actuelles du blessé.

Dans d'autres décisions, nous trouverons affirmé le droit, pour l'ouvrier, de se refuser à une opération même exempte de toute gravité. Mais les juges affirmeront en même

temps, que le patron ne saurait souffrir du refus de l'ouvrier.

C'est ce qu'a jugé la Cour de Rennes, dans l'arrêt du 10 décembre 1901, précédemment cité, à l'occasion d'une luxation de l'épaule, luxation que le mécecin affirmait être entièrement guérissable.

C'est ce qu'a jugé la Cour d'Aix, dans un arrêt du 21 décembre 1901 (*Gazette du Palais*, 1902, I, 187) à l'occasion de l'écrasement d'un doigt, le blessé ayant refusé de se laisser enlever une petite esquille osseuse et mobile qui gênait les mouvements de la main, alors que le médecin affirmait que l'extraction de cette esquille ramènerait de 50 à 10 ou 15 pour cent la proportion dans laquelle la capacité du blessé était atteinte. Si, dit la Cour d'Aix, l'ouvrier est dans son droit de refuser de se soumettre à cette opération, le patron ne peut souffrir de ce refus, parce qu'il ne saurait être tenu que du préjudice résultant directement de la blessure et non de l'aggravation due au mauvais vouloir du blessé.

C'est encore ce qu'a jugé le Tribunal civil de Dieppe, par jugement du 16 avril 1902 (*Revue des accidents du travail*, 1902, III, 122), pour une désarticulation du doigt, opération considérée comme pouvant être pratiquée avec une certitude complète de succès. L'ouvrier a parfaitement le droit de ne pas se prêter à une opération de cette nature, mais il doit supporter les conséquences de son refus, et il ne saurait lui appartenir d'augmenter la responsabilité du patron par son mauvais vouloir ou son incurie.

En somme, les tribunaux se réservent le soin d'apprécier et le droit de décider « si le blessé a fait tout ce que légalement il était tenu de faire » Nous empruntons cette formule à l'arrêt précité, rendu par la Cour de Douai, le 14 novembre 1900, dans les circonstances suivantes. Un ouvrier avait été victime de plaies contuses à la main gauche. L'enquête, soumise au tribunal de Valenciennes, constatait que la blessure était cicatrisée, mais que la capacité professionnelle de l'ouvrier était diminuée par ce fait que les mouvements de flexion et d'extension des doigts restaient difficiles et incomplets. Il existait, en outre, un commencement d'atrophie musculaire à la main et à l'avant-bras correspondant, atrophie se mesurant par une différence de un centimètre sur la circonférence par rapport à l'autre avant-bras. Enfin l'ouvrier éprouvait aussi, le long du membre blessé, des fourmillements douloureux, autre signe de névrite d'origine traumatique. Il y avait donc incapacité permanente et partielle de travail. Mais, bien que l'ouvrier eût déjà subi un premier traitement, le patron demandait qu'il fût tenu de se soumettre à un nouveau traitement de massage et d'électricité ; or, le tribunal de Valenciennes, et, sur appel la Cour de Douai repoussèrent cette prétention : « Attendu, dit la Cour, que si l'ouvrier blessé par suite d'un accident du travail a l'obligation légale de se laisser soigner, il ne saurait être contraint, après avoir consenti à subir un premier traitement qui n'a pas réussi, à quitter son domicile et sa famille pour entrer dans un hôpital en vue d'y suivre pendant de longs mois un nouveau traitement, sur le résultat duquel le médecin ne paraît pas autrement fixé ». — Rapprocher de cette décision le jugement du tribunal de Lille, en date du 20 mars 1902, précité.

« L'ouvrier a l'obligation légale de se laisser soigner ». Voilà une déclaration de principe qui, à elle seule, devrait suffire à rassurer ceux qui, comme le Dr Raybaud, craindraient que le silence de la loi ne fût interprété comme laissant le patron sans défense devant les pratiques par lesquelles l'ouvrier aggraverait volontairement ses blessures. Toute obligation juridique, tout devoir légal a une sanction, sans qu'il soit besoin d'un texte qui l'édicte formellement. L'ouvrier manque à son devoir légal quand il refuse de se laisser soigner, *à fortiori* y contrevient-il quand, postérieurement à l'accident, il contrecarre ou détruit volontairement l'effet des soins qui lui ont été assurés. Ce devoir est corrélatif au droit à indemnité. La sanction de la violation de ce devoir consistera dans la privation, pour l'ouvrier, d'une portion tout au moins du droit à indemnité que la loi avait ouvert à son profit. Et les décisions de jurisprudence que nous avons rapportées montrent bien que les tribunaux n'ont jamais hésité, le cas échéant, à appliquer semblable sanction.

Il est vrai — et c'est à ce point de vue que les craintes exprimées par le Dr Raybaud ne sont pas sans fondement — qu'en principe, le patron est responsable de toutes les conséquences d'un accident du travail, et que la non-guérison de l'ouvrier blessé sera *présumée* être la conséquence de l'accident. D'où, pour le patron, s'il veut se faire décharger d'une partie de la responsabilité qui lui incombe à cet égard, la nécessité de *prouver* que la non-guérison n'est pas la conséquence de l'accident, qu'elle est la conséquence de causes étrangères à l'accident et uniquement imputables au fait ou à la fraude de l'ouvrier. C'est, en effet, au patron qu'incombe cette preuve, soit parce que, selon l'art. 1315 du Code civil, celui qui se prétend libéré d'une obligation doit justifier le fait qui a produit l'extinction de cette obligation, soit parce que, selon l'art. 1116 du même Code, le dol ne se présume pas et doit être prouvé. Il est malheureusement vrai que, s'il n'arrive point à faire la preuve nécessaire, le patron supportera les conséquences de la fraude de l'ouvrier. Y a-t-il, de ce côté, une lacune dans la loi de 1898 ? Nous aurions peine à l'admettre, dès lors que l'on admet la théorie du risque professionnel.

Mais, du reste, la charge de preuve imposée au patron n'est pas, en réalité, aussi lourde qu'elle peut paraître au premier abord, ni l'administration de la preuve aussi diffi-

cile qu'on pourrait le croire, car, s'agissant d'un fait matériel, et surtout d'un fait frauduleux, le patron a le droit de recourir à tous les moyens de preuve, de provoquer une nouvelle expertise médicale, de faire intervenir des témoins, même et surtout de faire valoir de simples présomptions. Or, les présomptions sont, dit l'art. 1353 du Code civil, « abandonnées aux lumières et à la prudence du magistrat ». Et nous croyons que, pour peu qu'il soupçonne la fraude, le magistrat se montrera facile à en considérer la justification comme fournie.

Prenons encore un exemple dans une décision de jurisprudence, dans un arrêt rendu par la Cour de Rouen, le 22 mars 1902 (*Gazette du Palais*, 1902, I, 850). Une ouvrière bobineuse dans une filature a eu trois doigts de la main droite pris dans un rouage de son métier, elle réclame une indemnité pour accident de travail. Le patron résiste en alléguant que l'accident a été provoqué volontairement par la victime. La Cour d'appel commence par établir que, pour pouvoir décliner la responsabilité de droit que l'accident fait peser sur lui, et pour pouvoir invoquer la disposition de l'art. 20 de la loi de 1898 relative à la faute intentionnelle, le patron est tenu de démontrer que l'ouvrière s'est volontairement fait à la main les blessures qui y ont été constatées. Mais comment fournir cette preuve, alors que l'accident était arrivé en l'absence de tout témoin ? La Cour n'hésite pas à proclamer que, « s'agissant de dol et de fraude, toute espèce de preuve est admissible ; qu'il conviendra seulement de rechercher si celle qui résulte des éléments d'information est ou non suffisante et décisive contre l'ouvrière. » En fait l'ouvrière fut déboutée de sa demande d'indemnité. La Cour considéra comme suffisantes et décisives plusieurs circonstances : l'ouvrière était « difficile à conduire » ; elle supportait avec peine les réprimandes ; la veille de l'accident, elle avait déclaré à une de ses camarades que, si elle était encore grondée par la surveillante de l'atelier, elle se ferait prendre la main dans la boîte ; le lendemain, il y avait quelques instants seulement qu'elle venait d'être réprimandée par la surveillante quand l'accident s'est produit ; aucun témoin n'était présent au moment de l'accident, « ce qui empêche le chef de l'établissement de faire et même de tenter toute preuve directe » ; enfin, les deux versions explicatives fournies par l'ouvrière étaient exclusives l'une de l'autre et toutes deux démontrées inexactes. « Il serait, conclut la Cour, contraire à tout principe de droit et de moralité de faire bénéficier l'ouvrière de l'incertitude qui subsiste, par sa faute (refus de dire comment sa main a été blessée), sur ce point si important du débat, de l'impossibilité matérielle et absolue où se trouve le directeur de la filature de dire et expliquer comment l'accident s'est produit ».

C'est de la même façon, nous n'en doutons pas, que seraient appréciés par les juges de paix ou par les tribunaux tous les indices, toutes les inconstances de nature à laisser soupçonner que, si la blessure d'un ouvrier ne se guérit pas, la cause en est dans l'incurie inexcusable ou dans le fait volontaire du blessé.

Ici se révèle, — comme à peu près partout, d'ailleurs, dans le champ d'application de la loi de 1898, — le rôle si important du médecin, car il n'est pas téméraire d'affirmer, en changeant un mot du texte de l'article 1353 du Code civil cité plus haut, qu'en fait et le plus souvent le magistrat abandonnera aux lumières et à la prudence du médecin la tâche de vérifier la faute de l'ouvrier, et se contentera de faire siennes et de sanctionner les conclusions du médecin.

Consultations Médico-Chirurgicales

Coup de froid

Professeur F. Combemale.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Par quelques degrés seulement au-dessous de zéro, mais par une bise violente, un chemineau, inanitié et surmené, en marche dans la campagne, peu défendu par les vêtements contre le refroidissement, défaille, tombe à terre sur les genoux, le pouls petit, imperceptible, la respiration rare et à peine sensible, les yeux fixes, ternes, hagards, le sang sortant par le nez ou les oreilles ; la mort survient en quelques instants. C'est le *coup de froid suraigu*, des miséreux, des troupes en marche.

II. Dans les mêmes conditions de température, un ivrogne est jeté à la porte d'un cabaret, ou bien un alcoolisé, sinon un alcoolique, appelé pour son travail à quelques kilomètres de marche, se leste coup sur coup de quelques petits verres. Tout-à-coup un voile couvre leurs yeux, ils s'enraidissent comme pour une attaque d'épilepsie et tombent lourdement à terre ; puis un frisson survient, auquel succède une tendance invincible au sommeil ; le pouls est petit, la respiration lente, les yeux saillants, les lèvres violacées, la peau livide. La mort survient dans les deux heures qui suivent. C'est le *coup de froid ordinaire* des ivrognes.

III. Toujours par un temps modérément froid et du vent, un citadin taré, urémique latent, artério-scléreux qui s'ignore, cardiaque qui ne se soigne point, tuberculeux au début, est pris dans la rue, sur l'impériale d'un omnibus, d'oppression subite et d'obnubilation concomitante de la vue. Il se débat, s'affaisse, le visage violacé, tuméfié. Sa respiration, d'abord rare, pourra spontanément se rétablir et devenir même ultérieurement rapide ; la poitrine s'encombrera vite de râles per-

çus sans auscultation ; en même temps le pouls sera faible, mais très rapide. Si au bout de quelques heures, il y a survie, on peut espérer sauver ce malade, mais après quelques incidents, tels que de l'anasarque par exemple. C'est la *congestion causée par le froid.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — **I-II**. Le froid, comme la chaleur, est un poison des muscles, la physiologie nous l'enseigne ; doublée d'inanition, de surmenage physique récent ou de longue date, l'intoxication ainsi préparée par le froid se réalise de façon suraiguë. Une intoxication concomitante, telle que l'ivresse même légère, renforce aussi l'action toxique du froid sur les muscles. L'intoxication musculaire domine donc, témoin la courbature généralisée qui suit chez les malades qui ne succombent pas.

Mais c'est la syncope qui cause la mort, de même parfois un réflexe inhibitoire parti du bulbe ; mais des congélations partielles amènent en cas de survie, des thromboses veineuses, des gangrènes qui donnent des indications nouvelles. Aussi, cliniquement, les indications sont-elles, par ordre d'importance, de réveiller ou de tenir éveillés les réflexes respiratoire et cardiaque, puis de dégeler graduellement les diverses parties du corps, tout en évitant les réactions vaso-motrices trop brutales, qui deviennent rapidement un danger.

III. La physiologie enseigne que les réactions vaso-motrices causées par le froid au point d'application se répercutent sur les viscères dans le même sens ou en sens inverse ; les personnes, dont le cœur, le poumon, les reins sont malades, sont donc nécessairement prédisposées à ressentir exagérée la répercussion habituelle du froid sur ces viscères ; aussi la syncope, l'asphyxie par réflexe bulbaire traduisent ces troubles graves de vasomotricité ; les congestions pulmonaires de même, bien que certaines soient le fait de la dilatation cardiaque qui a été l'accident primitif, et que les autres dépendent d'une vaso-dilatation active. Il s'agit donc surtout d'accidents suraigus d'une lésion rénale ou cardiaque préexistante.

L'indication clinique est donc moins de combattre le froid, cause vite disparue, que de répondre aux accidents menaçants qu'il a provoqués, variables suivant chaque cas.

TRAITEMENT. — Les soins à donner aux personnes frappées par le froid sont immédiats ou consécutifs. Immédiats, ils s'appliquent surtout aux deux premiers cas cliniques décrits ; consécutifs, ils n'ont d'objet que si la personne a surmonté l'espèce d'ictus par lequel le coup de froid s'est d'abord manifesté.

TRAITEMENT D'URGENCE. — Le coma dans lequel est tombé l'homme sous l'influence du coup de froid doit à tout prix être dissipé.

1° Donnez sur place les premiers soins, là où le malade est tombé. **Ne vous hâtez pas de le faire transporter dans une pièce chaude**, votre malade pourrait succomber de ce fait ; mais avant tout, réveillez ou entretenez la respiration par les **tractions rythmées de la langue** ; en même temps et d'autre part, dans le but d'exciter la circulation periphérique, faites pratiquer à sec ou avec un peu de glace, de neige, s'il en est à votre portée, des **frictions** sur les mains, sur les jambes, sans brusquerie, sans hâte.

2° Dès que la respiration se suffit à elle-même, **mettez le malade au lit**, dans un lit sec, mais non chauffé ; que les **frictions** soient encore continuées, sèches ou aromatiques ; l'eau de Cologne, le baume de Fioraventi, l'essence de térébenthine sont de mise.

3° Dès que le malade paraît revenir au monde extérieur, gémit, se plaint par exemple, tentez de lui faire avaler quelques gouttes d'eau-de-vie dans un peu d'eau, tiède si possible ; toute **boisson stimulante**, un groog au rhum à peine chaud, un peu de fort café, une infusion de thé rendraient les mêmes services.

4° Lorsque surviennent quelques mouvements spontanés, on cesse les frictions, on excite le malade à remuer ses jambes, ses bras ; **ingéniez-vous à le tenir éveillé** : les excitants de la peau déjà employés y aident du reste en partie.

α) **Cas légers.** — Les moyens d'urgence suffiront pour ramener à la vie les malades frappés par le froid, que ni l'alcool, ni l'inanition, ni le surmenage n'avaient préparés.

Une fois revenus à eux, la respiration plus libre, la circulation rétablie, on devra donner quelques tasses de **tisane diaphorétique et diurétique**, bourrache et chiendent par exemple, dans les quinze à vingt heures qui suivront l'attaque, et les garder à la chambre quelques jours. On aura ainsi éliminé les déchets de l'intoxication musculaire ; on aura prévu les défaillances cardiaques et pulmonaires possibles.

La disparition de la courbature marquera la fin des accidents.

β) **Cas graves.** — La respiration peut bien s'être rétablie momentanément, mais 1° ou bien la dyspnée lui a fait suite, soit que le cœur se laisse dilater, soit que la paralysie vaso-motrice du poumon s'établisse et ne cède pas, 2° ou bien l'apnée, l'asphyxie reparaissent menaçantes.

Œdème aigu du poumon. — Une pluie de râles fins frappe-t-elle votre oreille à une auscultation superficielle, voyez-vous de la mousse rosée aux lèvres, comptez-vous quarante respirations à la minute, sur-

vient-il de la toux, votre malade est menacé d'œdème aigu du poumon.

Appliquez-lui sur la poitrine des **sinapismes** sans compter, remplissez les vides avec des **ventouses sèches**. Ne craignez pas de descendre jusque dans la région lombaire, pour décontracturer le rein du même coup.

La sédation momentanée obtenue par ces moyens vient-elle à cesser, réappliquez des ventouses sèches, et **scarifiez-en quelques-unes**. Mieux, faites une **saignée** au pli du coude de 200 grammes environ.

Et vous pourrez avoir la satisfaction ainsi de faire franchir à ce malade ce mauvais pas. Il vous faudra du reste **rester prêt à intervenir aussi énergiquement** dans les vingt-quatre heures qui suivront.

Le repos au lit, le régime lacté, un purgatif drastique tel que

Eau de vie allemande. .	10 grammes
Sirop de nerprun. . .	10 »
Limonade citrique. . .	100 »

seront donnés le lendemain de l'accident, pour assurer par toutes les voies, la sortie des poisons préexistants et de ceux qu'a produits le coup de froid.

Dilatation du cœur droit. — Au contraire, si la dyspnée s'accompagne de turgescence des jugulaires et si la matité cardiaque est nettement augmentée du côté droit, c'est que de la dilatation du cœur droit se produit.

Cet encombrement du cœur réclame une **saignée** déplétive de 150 à 200 grammes immédiate, en même temps que le soutien du myocarde, d'urgence par **l'huile camphrée** au dixième, dans la journée qui suit, par la **caféine** à raison de trois injections de la solution

Caféine	2 grammes 5
Benzoate de soude.	3 »
Eau distillee . . . Q S pour	10 cent. cubes

(TANRET).

Le repos au lit, la continuation des excitants cardiaques, sous forme de tisane de café

Café torréfié	50 grammes
Eau pour infusion . .	500 »
Eau-de-vie	50 »

trois à quatre cuillerées à potage quatre fois par jour

pendant plusieurs jours, permettront à ce cœur forcé de se ressaisir.

Congestion cérébrale. — Le sommeil devient-il irrésistible, la lenteur de la respiration, la cyanose du visage, la résolution musculaire reparaissent-elles avec l'insensibilité aux excitants externes, c'est que la congestion cérébrale domine.

Ne tardez pas alors à pratiquer à nouveau la **respiration artificielle**. Faites prendre deux à quatre **sangsues** à chaque apophyse mastoïde : promenez des **sinapismes** aux mollets. **Surtout ne vous éloignez pas du malade**, de plusieurs heures : une surveillance constante est nécessaire pour parer à toutes alertes.

Le lendemain une purgation entretient et achève la décongestion du cerveau. Préférez

Huile d'olive	30 grammes
Huile de croton tiglium. . . .	une goutte

TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — Les accidents consécutifs au coup de froid appellent eux aussi des soins particuliers. C'est ainsi que l'anasarque sans albuminurie survenant chez quelques sujets, que les grangrènes partielles, les gelures prolongent la durée du traitement. Mais lorsqu'une tare cardiaque, rénale, pulmonaire existe, l'incident observé appelle des conseils spéciaux, parmi lesquels doit dominer la recommandation de **garder la chambre durant les temps froids**.

Anasarque. — En ce qui concerne l'anasarque, elle peut guérir spontanément ; due à la paralysie momentanée des vaso-moteurs du tissu cellulaire, la présence du liquide épanché dans ses mailles n'est pas une complication bien grave. Néanmoins, il convient d'aider à la résorption par le **lait**, une potion diurétique, deux à trois jours, telle que

Oxymel scillitique.............	ãã 30 grammes
Sirop des cinq racines.........	
Acétate de potasse............	4 grammes
Décoction de chiendent...........	120 grammes

une cuillerée à potage toutes les deux heures

et quelques verres d'infusion de **jaborandi**, 4 gr. pour 200 gr. d'eau, qui solliciteront la sortie par tous les émonctoires du liquide épanché.

Grangrènes partielles et gelures. — Ces accidents consécutifs réclament un traitement surtout chirurgical, des pansements appropriés.

PROPHYLAXIE. — Il est une prophylaxie du coup du froid pour les personnes sans antécédents pathologiques, qui ne peuvent pas reculer devant une sortie par les jours froids ; elle se résume en cette formule : **peu de fatigue, nourriture très substantielle.**

Le surmené chronique ou aigu, l'homme à jeun ou inanitié par les privations ne devraient jamais s'exposer aux grands froids. Cependant cette règle appelle quelques tempéraments. Dans les circonstances de guerre les soldats, quotidiennement les intellectuels épuisés seront astreints à manœuvrer, à sortir par les plus grands froids, ils ne devront pas le faire sans avoir mangé ; ils éviteront aussi l'absorption d'alcool, qui doublent les effets du froid ; **la marche sera modérée, l'exercice peu violent.**

Pour le cardiaque, le rénal, le pulmonaire, ces mêmes précautions prophylactiques s'imposent peut-être avec plus de nécessité, en tenant compte que la période de

digestion aggrave encore la prédisposition. Quant à ces inanitiés que sont certains dyspeptiques, les mêmes recommandations sont à leur faire qu'aux miséreux : **éviter le refroidissement**, si on ne peut éviter de sortir, et ne sortir que très chaudement vêtu.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 janvier 1903

Présidence de M. Gaudier, président.

Gastrostomie par le procédé de Marwedel.

M. **Lambret** montre de nouveau le malade auquel il a fait il y a deux ans et demi une gastrostomie par le procédé de Marwedel. Dans le procédé classique, qui consiste à aboucher l'estomac à la plaie, on ne peut parer à l'incontinence gastrique. Il y a digestion des bords de l'orifice, dermite, etc. On a cherché à oblitérer la fistule par la création d'un sphincter artificiel ou par celle d'une valvule. C'est ce dernier procédé qui a été employé chez ce jeune homme qui avait avalé de la potasse caustique, d'où rétrécissement œsophagien.

La longue survie du malade montre que l'objection généralement faite à ce procédé n'est pas fondée. On dit en effet que les deux orifices finissent par se confondre et que le trajet qui les unit devient nul avec le temps. Il n'en est rien. Le malade est malingre et peu développé, car il ne peut se nourrir comme il le devrait ; il s'alimente de soupes, de pommes de terre, d'où sa mauvaise nutrition générale.

M. **Charmeil** demande si on l'a resondé et s'il n'y aurait pas lieu de dilater l'œsophage.

M. **Lambret**. — Ce malade a plusieurs rétrécissements denses, durs et fibreux, s'apposant à toute tentative de dilatation, comme c'est la règle quand ils sont dus à des caustiques alcalins.

M. **Charmeil** demande s'il y a de la sécrétion salivaire et des réflexes salivaires.

M. **Lambret** répond que ce malade ne salive que lorsqu'il mâche quelque chose qu'il doit rejeter naturellement aussitôt, car une goutte d'eau ne peut franchir le rétrécissement.

M. **Charmeil** propose le cathétérisme explorateur ou la radioscopie après introduction de sels bismuthiques dans l'œsophage. *(A suivre).*

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Des boissons abondantes dans les pyrexies

Par le Dr Liégeois, correspondant national de l'Académie de Médecine. *Journal des praticiens*, 13 décembre 1902.

Un des premiers, en 1877, M. Liégeois partit en guerre contre l'opinion que tous les accidents de la fièvre typhoïde étaient dus à l'excès de température. Ce qui domine, disait-il, la symptomatologie, c'est l'état parétique de toutes les fonctions organiques et par conséquent de tout le système nerveux. L'excès de température est le résultat de l'action paralysante du sang infecté sur ce système nerveux. Ce serait donc un non-sens clinique de diriger exclusivement les efforts de la thérapeutique contre la seule élévation thermique. Ce qu'il faut faire, c'est chasser sans trêve ni relâche de l'économie, par les émonctoires naturels, les déchets de désintégration engendrés par le bacille d'Eberth, c'est chasser les toxines par la peau et par les reins. Rien ne vaut mieux pour ouvrir les reins que l'injection de grandes quantités de liquides.

Robin conclut que la double indication la plus urgente à remplir dans la fièvre typhoïde est de poursuivre simultanément l'oxydation des déchets incomplètement comburés et leur élimination au travers du filtre rénal. Suivi par Dujardin-Beaumetz, Juhel-Renoy, Bardet et l'immense majorité des médecins, il répudie du traitement de cette maladie les antithermiques aromatiques qui entravent le pouvoir éliminateur des reins. Roque et Weill ont prouvé que, dans la dothiénentérie, l'élimination des toxines est nulle tant que persistent la maladie et l'usage de l'antipyrine. Les liquides pris en abondance jouissent de vertus éliminatrices semblables à celles des pratiques hydriatiques.

L'eau bue en quantité élève la pression sanguine et active ainsi la sécrétion urinaire. Elle est urinagogue aussi, parce qu'elle est éminemment dialysable. Des recherches pratiquées dans le service de M. le professeur Combemale par MM. Ingelrans et Dehon (Bulletin de la Société de médecine du Nord, 1901) et par M. Vrasse (Thèse de Lille, novembre 1901), il résulte que la quantité d'urine des typhoïdiques traités par les boissons abondantes est trois fois plus considérable que celle des sujets traités par les bains chauds ou froids et que leur coefficient urotoxique qui s'accroît jour par jour, est en moyenne trois fois plus élevé que celui des malades soumis à ces bains, double du coefficient normal et proportionnel au volume d'urine évacuée. Avec ce régime, la polyurie a entraîné le rejet extraordinaire par les urines de toxines microbiennes et de déchets accumulés dans l'organisme. La clinique avait prouvé que le régime des boissons abondantes est suivi des meilleurs résultats dans la fièvre typhoïde ; la détermination de l'urotoxicité en a fourni la raison.

S'il est vrai qu'un tiers au moins des scarlatins ont de l'albuminurie dès les premiers jours, il est prudent de répudier les antithermiques aromatiques et de laisser d'abondantes boissons à la discrétion des malades. Ces réflexions s'appliquent à la rougeole, à la variole, à l'éry-

sipèle hypertoxiques, à la grippe infectieuse, à la pneumonie, au rhumatisme articulaire aigu. Dans cette dernière maladie, la dilution dans une grande quantité de liquide accentue les effets d'excrétion du salicylate de soude sur les déchets de désintégration. M. Liégeois cite dans son article, la nature et la quantité des liquides qu'il conseille de faire prendre aux malades indiqués.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le télégraphe sans fil et la médecine

C'est peut-être la première application de la télégraphie sans fil à la pratique médicale, que le fait que vient de raconter le *Medical Record* (16 août). Pendant la dernière traversée du transatlantique *Kaiser Wilhem* de l'Europe à New-York, un passager italien, le fils de l'ancien premier ministre Rudini fut pris brusquement d'accidents d'appendicite. Une opération fut décidée, mais comme on approchait de la terre, on voulut bénéficier des services de la chirurgie moderne dans un hôpital bien installé. On envoya donc une dépêche par le télégraphe sans fil à New-York, distant à ce moment de 50 milles, et lorsque le vapeur entra dans le port, on trouva une voiture-ambulance qui amena le malade a l'hôpital où la table d'opération était toute prête pour l'opération projetée. En ce moment le malade doit être guéri.

Il est bon d'être fils d'un ancien premier ministre.

MOTS DE LA FIN

A l'examen du P. C. N. :

— Citez quelques plantes rampantes et leurs fruits ?

— La plante des pieds qui donne des oignons.

(Marseille-Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans sa séance du 21 janvier, le **Conseil de l'Université de Lille** a élu comme Vice-Président M. le professeur Folet, à l'unanimité des votes. Nous adressons à notre excellent collègue et collaborateur toutes nos félicitations pour le témoignage d'affectueuse sympathie et de haute estime que lui a donné le Conseil de l'Université.

— Une **Bourse départementale** de mille francs a été attribuée à MM. Pinchart et Leblond, étudiants en médecine. Le concours à la suite duquel ces bourses ont été ainsi réparties avait été de tous points remarquable.

— D'accord avec le professeur de médecine légale, M. Castiaux, le Doyen de la Faculté de médecine vient de réglementer la **présence des étudiants aux autopsies** médico-légales. Des cartes d'autorisation personnelles, délivrées par le secrétariat de la Faculté aux étudiants de deuxième, troisième et quatrième année de médecine en cours d'études, et valables pour une année scolaire, seront exigées à l'entrée de l'amphithéâtre; ces cartes, sous peine de retrait, ne pourront jamais être cédées ou prêtées. Elles ne donnent le droit du reste d'assister aux opérations médico-légales, qu'autant que le magistrat instructeur ne s'y oppose pas, qu'autant aussi que le magistrat ou le professeur ne croient pas devoir limiter le nombre des présents. Les étudiants de quatrième année auront toujours le pas sur les étudiants des autres années. Cette mesure ne peut qu'être bien accueillie de tous.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. le docteur Gley, agrégé à la Faculté de médecine, est nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie par 44 voix.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur Olmer est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— M. le docteur Reynès est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Tours. — M. le docteur Faré, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale est prorogé dans ses fonctions pour un an.

Distinctions Honorifiques

Mérite agricole. — M. le docteur Langin, de Noyers (Yonne) est nommé *officier du Mérite agricole.*

Notre Carnet

Le docteur Descheemaeker, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils Lambert. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Moye, de Dieuze (Meurthe).

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 317. Septième Année. N° 6. Le Numéro : **10** centimes. 8 Février 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De exagération des réflexes dans les polynévrites

par le docteur **L. Ingelrans**,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

En janvier 1899, j'ai observé l'exagération des réflexes tendineux au cours d'une névrite périphérique d'origine alcoolique : la relation de ce cas se trouve dans le *Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord* du 28 avril 1899 (1). Actuellement, je viens de voir un malade du même genre chez lequel tous les réflexes tendineux sont exagérés au maximum. Or, cet état des réflexes est le contraire même de la règle générale, qui veut qu'ils soient diminués ou abolis. Comme des faits de ce genre se comptent encore et que leur rareté est grande, comme leur interprétation prête à discussion, il y a lieu de jeter un coup d'œil sur cette question, à l'occasion de ce nouveau cas.

I

« Dans les névrites, quelles qu'elles soient, les réflexes tendineux sont le plus souvent diminués ou abolis et l'amoindrissement des réflexes est un signe très précoce, précédant même l'établissement de la paralysie quand il s'agit d'une névrite motrice. Inversement, ils réapparaissent les derniers lorsque l'affection guérit. Les réflexes cutanés peuvent être normaux ; le plus souvent ils subissent des modifications de même ordre que celles des réflexes tendineux, mais d'ordinaire ils sont mieux conservés. Comme ces derniers d'ailleurs, dans les polynévrites, ils sont plus ou moins affectés suivant les régions : le réflexe plantaire peut être aboli et le réflexe abdominal conservé ; les réflexes crémastérien, anal, affaiblis ou supprimés. » Ainsi s'exprime M. DEJERINE dans sa *Sémiologie du système nerveux*.

CROCQ (*Congrès des aliénistes tenu à Limoges*, août 1901) écrit que l'affaiblissement et l'abolition des réflexes tendineux et cutanés est la règle, ce qui s'explique facilement puisque les nerfs périphériques deviennent de moins en moins aptes à transmettre les impressions sensitives et motrices à mesure qu'ils s'altèrent. Aussi voit-on, dans la majorité des cas, la réflectivité diminuer progressivement au début de l'affection.

Pour BABINSKI, les réflexes cutanés, dans les régions où siège l'affection, peuvent être normaux ; ordinairement ils sont affaiblis, quelquefois même complètement abolis. « Les névrites, ajoute-t-il, amènent généralement une perturbation dans l'état des réflexes tendineux et, dans la grande majorité des cas, ce trouble est caractérisé par un affaiblissement ou une abolition complète de ces réflexes ; cela s'observe dans toutes les variétés de névrites, que la lésion porte plus particulièrement sur les fibres sensitives ou qu'elle atteigne plus spécialement les fibres motrices.

(1) Voir aussi *Echo médical du Nord*, 1899, p. 174.

Cela, du reste, est facile à comprendre, car, l'accomplissement d'un mouvement réflexe exigeant la mise en activité des différentes parties qui constituent l'arc réflexe, il peut suffire d'une altération portant exclusivement soit sur les fibres centripètes, soit sur les fibres centrifuges, pour entraver ce phénomène. »

En ce qui concerne l'état des réflexes au cas de polynévrites n'atteignant que les fibres sensitives, PITRES et VAILLARD, en 1902, émettent une opinion qui ne cadre pas tout à fait avec les précédentes. Voici ce qu'ils enseignent : « Dans des circonstances plus rares, qui appartiennent surtout à l'intoxication alcoolique et à la tuberculose, la polynévrite semble cantonner presque exclusivement ses lésions sur les fibres sensitives des nerfs qu'elle frappe. Les troubles sensitifs dominent la scène.... les réflexes tendineux sont souvent conservés et les réflexes cutanés exagérés. » (*Traité de médecine de Brouardel*, tome X, p. 90).

II

En résumé, dans les polynévrites, les réflexes sont abolis ou affaiblis.

Or, dans quelques observations, l'exagération des réflexes est notée de façon expresse. Les premières sont dues à STRUMPELL et MŒBIUS (1).

Dans leur premier cas, il est question d'une névrite brachiale double douloureuse. Certains muscles ont perdu leur excitabilité, la partie moyenne du trapèze offre une réaction de dégénérescence incomplète. Sensation d'engourdissement sur le trajet des nerfs médians. Exagération considérable des réflexes tendineux aux deux bras.

Le deuxième cas concerne une perinévrite. Le malade a des douleurs, sans paralysie ni troubles des réactions électriques, mais il existe des nodosités non douteuses et des bosselures sur le trajet de divers nerfs (médian gauche, cubitaux, péroniers). Les réflexes tendineux sont d'une intensité anormale. Le clonus du pied n'existe pas, mais le phénomène du genou peut être provoqué par la percussion de la rotule et du tibia (réflexes périostiques). Les secousses dues à la percussion des extrémités du radius et du cubitus et du tendon du triceps sont très intenses.

STRÜMPELL et MŒBIUS invoquent, pour expliquer ce qu'ils observent, une excitabilité anormale et exagérée des nerfs sensitifs des muscles. STERNBERG est du même avis (2).

En 1881, TUILANT, dans sa thèse sur la *névrite puerpérale*, signale, dans sa quatorzième observation, l'exagération des réflexes patellaires. C'est à propos de cette malade que M. DEJERINE écrit : « On a noté quelquefois dans les névrites, une exagération des réflexes tendineux au début de l'affection. Pour être rare, le fait n'en est pas moins certain et je l'ai constaté moi-même très nettement dans un cas de névrite puerpérale ».

En 1894, BABINSKI déclare avoir observé des faits de ce genre. Toutefois, dit-il, l'exagération des réflexes n'est pas très marquée et on n'a pas constaté de trépidation épileptoïde. Celle-ci peut-être considérée, jusqu'à nouvel ordre, comme étrangère à la symptomatologie des polynévrites. L'exagération des réflexes est, elle-même, une rareté.

Le malade dont j'ai publié l'histoire le 28 avril 1899, et que je signalais en commençant, avait 48 ans. C'était un alcoolique avéré, atteint, en outre, de tuberculose pulmonaire. Il souffrait de douleurs très vives dans toute l'étendue des membres inférieurs. Emaciation considérable des jambes, prédominance de la paralysie atrophique sur les muscles extenseurs du pied, signe de Romberg, pas d'ataxie. Anesthésies cutanées, troncs nerveux douloureux à la pression, pas de trémulations fibrillaires, rien à la vessie. Amnésie. Ce sujet, dont j'ai donné l'observation assez détaillée il y a quatre ans, présentait des réflexes rotuliens et plantaires évidemment exagérés, mais pas de clonus du pied.

En mai 1900, M. GRASSET, dans une leçon sur *les neuronites motrices inférieures* (*Clinique médicale*, tome IV, p. 267, 1903), présente une femme de 23 ans, atteinte de névrite par compression obstétricale des deux nerfs poplités. Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés, mais plus à gauche qu'à droite. De ce côté gauche, il existe un rudiment de clonus du pied. Ces phénomènes persistent après la guérison. M. GRASSET ne voit d'explication possible qu'en admettant une action sur les centres médullaires, action dynamogène exercée soit par la cause pathogène, soit par la névrite sur les cellules de réflexion médullaire et exagérant ainsi la réflectivité de ces cellules. Les réflexes tendineux, dit-il, sont donnés comme abolis dans les polynévrites : ce signe est bon, mais n'est pas constant.

S'il est possible que la névrite excite les cellules de réflexion médullaire, je ne vois pas bien cependant comment une névrite du sciatique, comme c'était le cas, pouvait exciter les cellules d'origine du nerf crural. C'est de ce dernier nerf cependant que dépend la phase motrice du phénomène du genou. L'explication paraît donc insuffisante.

Dans cette observation, le crural étant indemne, ne peut-on mettre l'exagération du réflexe patellaire sur le compte de l'affaiblissement des fléchisseurs de la cuisse ? Ces fléchisseurs sont, en effet, les antagonistes des muscles extenseurs qui répondent à la percussion du tendon rotulien. Je dois cependant avouer, qu'en admettant cette interprétation, c'est le rudiment de clonus du pied qui reste inexpliqué. En tout cas, on peut redire en passant qu'il importe en clinique de ne pas croire à l'exagération d'un réflexe lorsque celui-ci, tout en étant normal en réalité, est

(1) STRÜMPELL et MŒBIUS : Ueber Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankung der peripherischen Nerven.
Münchener medic. Woch. 1886. XXXIV, 34.

(2) STERNBERG Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. Leipzig et Vienne, 1893.

d'amplitude augmentée, du fait de la suppression du tonus des antagonistes, dans le domaine desquels la névrite peut être cantonnée.

Le 30 Mars 1901, à la *Société belge de neurologie*, M. DE BUCK présente un homme de cinquante-cinq ans, agriculteur, indemne d'alcoolisme et de syphilis, marié, ayant deux enfants bien portants, habitant une maison humide et qui a eu, pendant les trois années qui ont précédé la maladie actuelle, quelques troubles gastriques et une double attaque d'influenza.

L'affection a débuté en décembre 1899, par de violentes douleurs, à accès paroxystiques, siégeant dans la fesse droite et la partie externe et postérieure de la cuisse du même côté. Puis, ces douleurs s'étendirent vers le sacrum, la fesse et la cuisse du côté gauche. La marche devint impossible et le malade dut garder le lit. Les douleurs envahirent le dos et même la région deltoïdienne droite. Elles s'exagéraient par la pression; elles s'accompagnaient de parésie des membres inférieurs et du tronc, mais la motilité n'a jamais été totalement abolie dans ces parties. La station, tout en étant douloureuse, était possible. Il aurait existé, au début, une certaine difficulté respiratoire et aussi une certaine lenteur de la miction. Amaigrissement progressif des membres inférieurs. Les réflexes tendineux ont toujours été exagérés.

Etat actuel, dix-huit mois après le début : amyotrophie très marquée des membres inférieurs. Vers le milieu, les cuisses mesurent 35 centim. de circonférence, les mollets 24 centim. Pas de contractions fibrillaires. L'irritabilité mécanique des muscles n'est pas augmentée. Le malade parvient à exécuter, quoique difficilement, les divers mouvements des membres inférieurs et du tronc. La station est possible, de même que la marche avec des béquilles. Le tonus musculaire paraît normal. Il y a de la tendance à l'amélioration.

Sensibilité à la douleur exagérée, surtout pour les parties profondes. Il existe une forte hyperesthésie électro-cutanée. Les troncs nerveux et les muscles des membres inférieurs manifestent une forte douleur à la pression. Signe de LASÈGUE.

Sensations paresthésiques du côté des orteils. Douleurs spontanées surtout intenses dans le membre inférieur droit; elles sont continues avec exacerbations et empêchent le sommeil.

Il a fallu faire des injections d'héroïne pour pouvoir pratiquer l'examen électrique.

Aux membres inférieurs, il existe, pour les nerfs, une hypoexcitabilité galvanique et faradique. Le courant galvanique doit atteindre 20 à 25 milliampères pour produire une contraction et NF > PF. De même pour les muscles, hypoexcitabilité.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont fortement exagérés. On obtient le clonus du pied par la percussion du tendon d'Achille. En soutenant le pied en flexion dorsale, le clonus persiste et augmente même d'intensité.

Pas de clonus de la rotule. Phénomène de la hanche. Depuis deux jours, il se produisait même des spasmes fessiers spontanés.

Réflexe plantaire quasi aboli à droite, affaibli à gauche. Pas de Babinski. Réflexe abdominal et crémastérien abolis des deux côtés. Sphincters normaux.

En présence de ce tableau clinique, M. DE BUCK pose le diagnostic de polynévrite. Il écarte la sclérose latérale amyotrophique à début paraplégique à cause de l'absence de contractions fibrillaires, de la douleur spontanée et à la pression tout le long du sciatique, du crural, de l'obturateur et des muscles qu'ils innervent, de l'absence de contractures, de l'absence du phénomène des orteils, de la marche de l'affection qui a entamé rapidement et d'emblée les deux membres et est restée stationnaire depuis un an et demi, de la tendance actuelle vers l'amélioration.

Le 27 avril 1901, à la *Société belge de neurologie*, M. DECROLY présente un coupeur en chaussures de 19 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et traité par le phosphate de créosote. On a pratiqué chez lui l'épreuve de la tuberculine. — Il accuse de la faiblesse et des douleurs au niveau des jambes, ainsi qu'une certaine difficulté dans la marche : douleurs dans le mollet et le creux poplité. Puis, il ne peut plus tenir l'instrument dont il se sert pour couper entre le pouce et l'index de la main droite et les petits mouvements du pouce se sont fortement affaiblis. Il abandonne son travail.

Affaiblissement notable dans la motilité volontaire des muscles des orteils et du pied des deux côtés et diminution simultanée de la force des contractions dans ces portions de membres.

Il en est de même pour ce qui concerne les mouvements du pouce dévolus aux petits muscles de l'éminence thénar.

La marche présente un début très net de steppage, le malade se plaint que les pointes des pieds accrochent les pavés. Pas d'amyotrophie apparente, ni de contractions fibrillaires. Diminution nette dans l'excitabilité à la faradisation directe. Douleurs localisées le long des nerfs sciatiques et de leurs branches poplitées, s'accentuant par la pression des points de Valleix.

Le réflexe cutané plantaire est absent. Réflexe achilléen fortement diminué à gauche et aboli à droite. Réflexe rotulien notablement exagéré des deux côtés.

Le diagnostic de M. DECROLY est celui de polynévrite tuberculeuse.

Dans la discussion qui suit cette présentation, M. SANO rappelle qu'il a observé deux fois une exagération réflexe dans le domaine même des nerfs atteints de polynévrite.

Voici maintenant, après ces quelques rares exemples

antérieurs le nouveau fait plus caractéristique dont j'ai à parler.

Il concerne un homme de 51 ans, Calixte E..., laitier, qui a été en traitement à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, en décembre 1902.

Le jour de son entrée, on l'interroge : il raconte qu'il porte du lait de deux à huit heures du matin chaque jour, et que pendant ces six heures il boit d'innombrables verres de genièvre et de cognac. Cela dure depuis des années ; auparavant, il n'a point été malade. Mais, voici cinq mois, les forces lui font défaut dans le bras droit ; en même temps des douleurs insupportables apparaissent dans l'épaule. Les mouvements sont rendus impossibles par la souffrance. L'amyotrophie fait son apparition ; le moignon de l'épaule s'aplatit. Les pectoraux fondent à vue d'œil ; l'autre bras se prend de même, puis très vite les membres inférieurs. Douleurs généralisées, par crises, empêchant le sommeil. L'amaigrissement devient excessif ; le malade, obligé de garder le lit, entre à l'hôpital.

Le malade à peine découvert, sa maigreur est frappante. L'atrophie musculaire est généralisée : les bras sont extrêmement maigres, la force dynamométrique est quasi nulle aux mains qui sont décharnées et où les éminences thenar et hypothenar ont disparu. C'est la main de singe avec parésie accentuée. Les muscles du tronc sont réduits au maximum ; les côtes sont saillantes sous la peau. Le malade ne peut s'asseoir sur son séant sans prendre un point d'appui ; encore, est-ce avec la plus grande peine.

Les membres inférieurs sont parésiés, atrophiés comme le reste. Leur force est très minime ; la résistance aux mouvements passifs est infime. Le pied est ballant, étendu sur la jambe ; le malade ne le relève qu'avec effort.

La marche est possible, mais avec deux cannes. Le steppage n'est pas très évident, car la jambe n'est que très difficilement soulevée, cependant la pointe du pied traîne sur le sol.

Le patient souffre beaucoup, surtout la nuit, et il souffre de partout. Les troncs nerveux accessibles sont douloureux à une pression même légère. Avec cela, la face est parfaitement indemne ; parole, mastication, déglutition, mouvements des yeux, tout est normal. La vessie et le rectum fonctionnent bien ; la respiration est surtout diaphragmatique, à cause de l'atrophie des intercostaux. Les appareils digestif et circulatoire n'offrent rien de spécial, l'intelligence est intacte.

A aucun moment, aucune trémulation fibrillaire n'est apparue nulle part. Les réflexes tendineux sont tous très exagérés ; les réflexes cutanés de même, à l'exception du crémastérien. Il existe de la trépidation épileptoïde du pied : le signe de BABINSKI fait défaut. Quant aux réactions électriques, la douleur empêche absolument leur recherche et le malade est parti peu de temps après son entrée, nullement amélioré, sans qu'on ait pu se rendre compte de l'état de ses réactions à l'électricité.

Le sens musculaire paraît intact, de même que la sensibilité tactile, mais on trouve de l'analgésie à la piqûre sur le tronc et les membres supérieurs, de l'hypéresthésie au contraire, mais peu indiquée, aux cuisses et aux jambes.

Ce qui n'est pas signalé a été recherché et n'existait pas : ainsi, pas de signe d'Argyll ; ni albuminurie, ni glycosurie, ni troubles trophiques cutanés, ni fièvre, ni toux. Il s'agit d'un amyotrophique du tronc et des membres avec parésie, douleurs, sensibilité extrême des troncs nerveux, exagération considérable de tous les réflexes cutanés et tendineux, trépidation épileptoïde du pied et danse de la rotule. L'alcoolisme est avéré, avoué et invétéré, car il a bien semblé que le malade continuait à boire pendant son séjour à l'hôpital. D'autre cause probable, point. J'ajoute que M. le docteur PAINBLAN, qui a bien voulu examiner l'œil, m'a signalé un scotome évident pour le blanc et les couleurs.

Dès l'abord, en face de l'hyperréflectivité si accentuée, j'ai pensé à la sclérose latérale amyotrophique, car c'est cela ou bien c'est une polynévrite. Or, ce n'est pas une sclérose latérale amyotrophique. Effectivement, dans cette maladie les contractions fibrillaires existent, et bien marquées. La contracture et l'état spasmodique peuvent être au second plan, mais existent toujours à quelque degré (1) : ici, rien de pareil. La sensibilité est intacte dans la maladie de Charcot : je rappelle les violentes douleurs de mon malade et la sensibilité de ses troncs nerveux à la pression. Il faut donc dire polynévrite alcoolique généralisée sensitivo-motrice. Eh bien, dans cette observation, le réflexe du triceps, celui des palmaires et des fléchisseurs des doigts, le réflexe du tendon d'Achille, celui de la rotule, les réflexes fessier, anal, abdominal, bulbo-caverneux, cutané plantaire étaient très exagérés, et cela plusieurs mois après le début et pendant toute la durée du séjour de ce malade qui est resté un mois à l'hôpital. Le signe de Babinski manquait (et il existe, rappelons-le, dans la sclérose latérale). De plus, clonus du pied et de la rotule.

Le réflexe crémastérien seul était paresseux ; celui du voile du palais et les réflexes oculaires étaient normaux. Le réflexe masséterien n'a pas été recherché. On a naturellement pris garde de ne pas confondre l'exagération de la contraction idio-musculaire fréquente dans les névrites, avec l'augmentation des réflexes. Le malade présentait au plus haut point cette contraction idio-musculaire ; il suffisait, par exemple, de percuter le grand pectoral pour l'amener avec la plus grande facilité. Mais, c'est une percussion localisée et très faible du tendon du triceps qui entraînait un vif réflexe olécranien et je répète que cette confusion a été prévue et non commise.

III

Voilà donc une dizaine de cas, dont un dernier absolument net, d'exagération des réflexes au cours des polynévrites. Il ne s'agit pas spécialement de névrites purement sensitives, dans lesquelles PITRES et VAILLARD disent que les réflexes tendineux sont conservés et les réflexes cutanés exagérés. Il est question de névrites sensitivo-motrices d'une manière générale.

Quelle explication en fournir ? STRUMPELL, MŒBIUS et STERNBERG, on l'a dit, invoquent l'hyperexcitabilité des nerfs sensitifs des muscles.

BABINSKI déclare que le clonus du pied peut être considéré, jusqu'à nouvel ordre, comme étranger à la symptomatologie des névrites. Il ajoute qu'en théorie

(1) KAHLER a signalé onze cas de sclérose latérale amyotrophique sans état spasmodique, mais ils sont tout différents de ce dont il est ici uestion (*Die progressiven spinalen Amyotrophien*. Prague, 1884).

rien ne s'oppose à ce qu'on admette que ce phénomène puisse se manifester; car, puisqu'il suffit, comme on le sait, d'une irritation portant sur l'extrémité des fibres centripètes, ainsi que cela a lieu parfois dans certaines affections articulaires, irritation n'amenant aucune altération organique du système nerveux, pour que l'épilepsie spinale apparaisse, on concevrait fort bien qu'une lésion d'un nerf produisît des troubles analogues. — Or, la trépidation épileptoïde vient d'être signalée dans le cas de De Buck, dans celui de Grasset et notre seconde observation personnelle l'indique, associée au clonus de la rotule.

M. Dejerine dit que, dans les névrites, les réflexes cutanés sont exceptionnellement exagérés; de même les réflexes tendineux. On suppose, continue-t-il, pour expliquer cette particularité concernant les réflexes tendineux, qu'il peut y avoir une irritation de l'extrémité des fibres centripètes exaltant leurs propriétés conductrices en excitant d'une manière exagérée le centre ganglionnaire avec lequel elles s'articulent. « Un nouvel exemple de ce mécanisme est fourni par les affections articulaires. Dans certaines arthrites chroniques de la hanche, la coxalgie sénile par exemple, on peut observer à la fois la contracture des muscles pelvitrochantériens amenant la rotation externe du membre et l'exagération des réflexes, en même temps que l'atrophie des muscles de la fesse et de la cuisse. La démarche des malades rappelle parfois celle de la paraplégie spasmodique. On constate également ce fait dans certains cas d'atrophie du triceps crural à la suite d'arthrite du genou bien que le plus souvent, dans ces cas, on observe la diminution ou l'abolition du réflexe patellaire ».

M. De Buck fait remarquer que la plupart des auteurs qui ont décrit l'exagération des réflexes tendineux dans la polynévrite, admettent que ce phénomène n'existe qu'au début de l'affection. Cela n'est vérifié ni dans son cas (dix-huit mois), ni dans les nôtres. Cet auteur insiste aussi sur la dissociation des réflexes tendineux et du tonus musculaire et montre que dans les lésions téléneuroniques, le tonus musculaire et le tonus réflexe peuvent être dissociés aussi bien que dans les lésions archineuroniques. C'est ce qui ressort de toutes ces observations, mais il ne peut être question d'en parler à cette place.

Sano, pour expliquer l'exagération des réflexes dans les névrites, admet l'existence d'une myosite. Le muscle, à son avis, peut être frappé par l'infection d'une façon tout à fait identique à celle du nerf, et alors, comme dans les rhumatismes musculaires, on aura une hyperexcitabilité directement musculaire. Cette atteinte du muscle peut être trouvée à l'autopsie.

L'infection des muscles pourrait, d'après Sano, être cause de ces anomalies symptomatiques, car on a décrit des polymyosites très analogues aux polynévrites post-infectieuses. On se trouverait parfois en présence de cas mixtes, où le muscle est atteint non seulement par l'atrophie consécutive à l'altération du nerf, mais en même temps primitivement par localisation musculaire de l'infection.

Crocq ne peut admettre cette interprétation. Il dit que le réflexe tendineux est un phénomène médullaire et que le muscle ne possède que son élasticité propre. Les modifications des réflexes sont dues à des influences diverses qui s'exercent sur les cellules nerveuses ; si le rhumatisme exagère les réflexes c'est que les poisons, résultant de la nutrition générale, excitent les centres nerveux. Lorsque la fibre musculaire s'altère, les réflexes diminuent. L'exagération des réflexes dans les névrites exige que l'arc réflexe soit intact et de plus, que les cellules nerveuses qui entrent dans la composition de cet arc soient excitées. Les polynévrites étant dues à des infections et des intoxications qui excitent les centres nerveux, il n'est pas étonnant que les réflexes puissent être exagérés. Dans la tuberculose, en particulier, on note l'exagération des réflexes tendineux ; il suffit donc pour que la polynévrite tuberculeuse s'accompagne d'exagération de certains réflexes que les fibres qui servent à produire ces réflexes ne soient pas touchées.

Pour les réflexes cutanés, dit Crocq, quand ils restent intacts, c'est que les fibres nerveuses sont suffisamment bien conservées pour permettre leur production ; s'ils sont exagérés, c'est que les neurones qui président à la production de ces réflexes sont sous l'influence d'une des nombreuses intoxications provocatrices de la maladie.

Grasset (*Congrès des aliénistes tenu à Limoges* ; août 1901) est d'avis que, dans les cas de névrite motrice avec exagération des réflexes tendineux, c'est le centre médullaire du tonus qui est excité ; ce centre est constitué par les cellules des cornes antérieures. On a vu plus haut l'interprétation qu'il donne de sa propre observation. Le tonus des muscles atteint devrait, dans cette hypothèse, être augmenté ; ce qui n'est pas constant, il s'en faut.

IV

De ce qui précède, il ressort que les réflexes cutanés et tendineux peuvent être quelquefois manifestement exagérés dans les polynévrites, non seulement au début de ces affections, mais pendant toute leur durée.

L'explication de ce fait est malaisée. Il y a trois théories : l'une invoque l'hyperexcitabilité du muscle lui-même, la seconde celle des fibres sensitives des muscles, la troisième celle des centres nerveux. Tout a donc été incriminé. Peu importe en somme : l'important est de savoir que l'abolition ou la diminution des réflexes dans les névrites peut être parfois remplacée par leur exagération, ce qui est capital au point de vue du diagnostic.

Consultations Médico-Chirurgicales

Grippe - Influenza

Professeur COMBEMALE.

I. — Forme commune

INFORMATIONS CLINIQUES. — A. De deux à six jours après avoir approché un grippé ou pris contact avec un objet contaminé, un homme est surpris par un frisson souvent très marqué et se trouve presque défaillant ; sa température s'élève aussitôt à 39 ou 40 degrés ; il se couche sans plus attendre, brisé, courbaturé, avec une rachialgie qui évoque le diagnostic de variole, la tête endolorie, les globes oculaires sensibles, enchifrené, l'arrière-gorge brûlante et douloureuse. Le lendemain et les jours suivants, même température élevée, avec un crochet profond dans la courbe thermique au deuxième ou troisième jour ; le malade souffre toujours de la tête, surtout le soir et la nuit ; il est las, prostré, au point de rester indécis devant un verre d'eau pour calmer sa soif, la langue blanche, opaline, porcelainée, prêt à vomir, la voix rauque ou voilée, les yeux larmoyants ; il tousse sec d'abord, crache bientôt au milieu d'une abondante mousse des mucosités des crachats nummulaires ; l'urine est peu abondante les deux premiers jours avec un anneau d'albumine ; le foie et la rate débordent et sont sensibles à la pression. Dès le quatrième jour, plus souvent au huitième, quelquefois au quinzième seulement, une épistaxis, des sueurs, de l'herpès ou de la diarrhée surviennent qui annoncent la fin de la maladie. C'est là la *forme commune de la grippe*, la grippe sans localisation et d'intensité moyenne.

Quand la fièvre est tombée, la convalescence ne commence pas encore. La céphalée, la courbature, les troubles digestifs, le catarrhe bronchique survivent quelques jours ; bien plus persistante est l'asthénie nerveuse, caractérisée par l'horreur du mouvement, la paresse intellectuelle, l'indifférence morale, l'aboulie ; bien plus pénibles et non moins dangereuses sont les asthénies qui se traduisent par d'abondantes sueurs, de l'anorexie, des troubles cardiaques, des névralgies, qui peuvent durer des semaines ou des mois.

B. Pour un même début, tout aussi subit et douloureux, dès le second jour tout peut s'amender : fièvre, rachialgie, courbature, prostration cessent, et la lassitude exceptée, il n'y paraît plus rien au troisième jour. C'est la *forme abortive de la grippe*, très fréquente, survenant une fois sur quatre cas environ.

La grippe commune ne tue pas, mais a des séquelles pénibles et longues. La forme abortive n'a pas de suites.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Le bacille de Pfeiffer est vraisemblablement l'agent causal de la grippe-influenza, bien que le doute soit encore permis. Cet agent infectieux par ses toxines, de nous inconnues du reste, engendre les désordres généraux infectieux qui constituent la maladie. Et il est à l'heure actuelle impossible d'atteindre l'agent, comme d'annihiler, par une antitoxine ou une sérothérapie, les effets de sa toxine.

« La grippe est de toutes les affections l'une de celles où l'analyse clinique est la plus utile et où la médecine des indications rend les plus continuels services » (Grasset). Dans le traitement de la grippe, la ressource est donc de viser les indications cliniques ; parmi ces indications la principale est d'éliminer le poison, dès le début et tout le temps que dure la maladie ; on obtient ce résultat par la diurèse ; une fois la maladie installée et pendant la période d'état, les symptômes : fièvre, douleur, embarras gastro-intestinal, catarrhe bronchique, sollicitent l'intervention médicamenteuse et fournissent de multiples indications cliniques ; de même pendant la convalescence, l'asthénie.

Il ne faut pas du reste négliger de tenter de faire avorter l'infection ; on a en effet reconnu empiriquement la chose possible.

TRAITEMENT. — Le traitement de la grippe, univoque au début, devient variable à la période d'état et en rapport avec la prédominance de tel ou tel symptôme ; pendant la convalescence, il reste soumis à des indications variables.

Grippe abortive ou légère. — Cette variété de grippe se soigne **les pieds sur les chenêts** (Peter) avec quelques **boissons chaudes**, thé ou grog légers par exemple. Joignez-y des lavages fréquents de la bouche et du nez avec de l'eau boriquée à 4 pour cent ou thymolée à 0 gr. 5 pour cent, faites prendre surtout 30 centigr. de **sulfate de quinine** par jour, et, sans que le malade ait cessé de manger, au bout d'une huitaine il pourra reprendre sa vie antérieure.

Grippe d'intensité moyenne. — Il faut ici intervenir autrement que par de menues précautions de prudence.

1) Dès les phénomènes initiaux. — Au premier symptôme de grippe, en temps d'influenza, il faut tenter de la faire avorter ; si, chose fréquente, on ne parvient pas à la juguler, du moins est-il d'opinion courante qu'on réussit à la rendre moins sévère.

Dans ce but, il faut prescrire le **sulfate de quinine**, dont on donnera un gramme en quatre cachets à quelques heures d'intervalle, suivant la formule :

Sulfate de quinine . . .	ãã 25 centigr.	
Bicarbonate de soude . .		

pour un cachet,

ou la suivante :

Sulfate de quinine . . .	25	centigr.
Caféine	15	»

pour un cachet.

Le bromhydrate, ou le chlorhydrate de quinine, moins employés, dont les doses quotidiennes seraient de soixante à quatre-vingts centigrammes, ne doivent pas être préférés. Comme il est inutile d'user d'injections hypodermiques dans les cas simples, le sulfate est suffisant, et au moyen d'eau de Seltz, on le fait tolérer par l'estomac, malgré son action irritante locale, qui provoque et entretient l'état nauséeux.

Ne vous fiez pas aux autres moyens de juguler l'influenza : aux bains chauds, à 32 ou 36 degrés ; aux boissons diaphorétiques (tisane de bourrache, thé au rhum, etc.) ; ils soulagent la grippe, mais ils sont sans action sur l'évolution du germe morbide.

2) A la période d'état. — A la période d'état, la fièvre, les symptômes nerveux, l'embarras gastrique, le catarrhe bronchique, la dysurie peuvent appeler l'attention.

Fièvre. — La fièvre, toujours présente, devra toujours être combattue ; la quinine, bien que faiblement antithermique, doit être préférée. Vous continuerez donc de donner le **sulfate de quinine**, une dose d'un gramme par jour en quatre cachets. Aucun succédané ne ferait mieux que lui.

Symptômes nerveux. — Comme la courbature, la céphalée, les myalgies manquent rarement, il faut user de l'**antipyrine** ou de la **phénacétine**, qui, l'antipyrine surtout, sont très efficaces pour faire cesser pour quelques heures les malaises douloureux. En associant la quinine à l'antipyrine, les résultats sont encore meilleurs.

Sulfate de quinine . .	0 gr. 20
Antipyrine	0 » 40
Bicarbonate de soude .	0 » 10

pour un cachet.

La phénacétine, l'acétanilide peuvent dans cette formule remplacer à moitié dose l'antipyrine. Deux cachets pris le soir seulement permettent le calme et le sommeil. Il est préférable du reste, si l'on emploie l'antipyrine seule à la dose d'un gramme ou la phénacétine à 0 gr. 50, de la donner le soir ; le sommeil est favorisé par la cessation des douleurs. Mais **l'anurie qui suit l'usage de l'antipyrine, entr'autres raisons, engage à n'en pas prolonger l'emploi.**

β) En cas de vertiges marqués, persistant même en dehors de tout mouvement, utilisez l'**éther** en inhalations ou sous forme de sirop ; joignez une potion faiblement bromurée.

γ) Si la dépression nerveuse est intense, l'**éther** est encore de mise ; la **liqueur ammoniacale anisée**, prise à raison de V à X gouttes dans de l'eau sucrée trois fois par jour, réveillera la torpeur du malade ; de même le **chlorhydrate d'ammoniaque**, à la dose de deux grammes dans la potion :

Chlorhydrate d'ammoniaque . .	2 grammes
Sirop de menthe	30 grammes
Hydrolat de laitue	100 grammes

à prendre en quatre fois.

Embarras gastro-intestinal. — Comme il est habituel de constater une langue saburrale, indice d'un embarras gastro-intestinal durant tout le temps de la maladie, il faut viser à obtenir des évacuations régulières. Dans ce but on donnera par exemple 25 gr. de **sulfate de soude** tous les deux jours, ou 15 à 20 gr. d'**huile de ricin.**

Si un état nauséeux cœxistait avec l'état saburral ou survenait, un **vomitif**, quelque dépression qu'il apporte, ou même un éméto-cathartique pourrait être employé ; l'ipéca, à la dose d'un gramme, remplirait ce but.

Catarrhe bronchique. — Souvent au dernier plan, le catarrhe bronchique retient cependant parfois l'attention ; le malade est oppressé le soir, et la nuit il a un peu d'angoisse respiratoire ; la belladone pendant quelques jours fera effet, prise le soir entre neuf heures et minuit à raison de deux cuillerées à bouche de la potion suivante :

Teinture de belladone. . .	ãã XV gouttes
Teinture de drosera. . . .	
Sirop de fleurs d'oranger. .	60 grammes

Au besoin un **sinapisme** sur la poitrine vaincra le spasme.

Si la toux est trop fréquente, on donnera le sirop de **tolu** ou la potion suivante :

Bromoforme	X gouttes
Sirop de gomme	10 grammes
Sirop de tolu	20 »
Eau de laurier-cerise . .	10 »
Eau distillée	50 »

à prendre en deux ou trois fois dans la journée.

Si la toux est quinteuse, fatigante, prescrivez la **codéine**, l'**aconit**, sous l'une ou l'autre des formes suivantes :

Sirop tolu..............	300 grammes.
Eau de laurier-cerise ...	100 grammes.
Alcoolature d'aconit.....	C gouttes.

plusieurs cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures (Grasset).

Antipyrine.............	3 grammes.
Codéine	5 centigrammes.
Bicarbonate de soude...	2 grammes.

pour dix cachets, un cachet toutes les quatre heures.

ou bien faites faire dans la chambre des vaporisations d'eau boriquée chaude additionnée d'une cuillerée à café par verre d'eau de teinture de benjoin.

Au cas d'expectoration difficile, l'**ipéca**, la **scille**, les **ammoniacaux** seront prescrits ; donner deux à cinq pilules par jour de

Ipéca	1 gramme.
Extrait thébaïque.......	10 centigrammes.

pour vingt pilules.

ou la **terpine,** en pilules de 25 centigr. l'une.

Lorsque des menaces de congestion pulmonaire entretiennent cette dyspnée et la toux, lorsque la complication devient dominante, **sinapismes, ventouses, frictions térébenthinées**, ainsi qu'il est expliqué plus loin, doivent être mises en œuvre.

Dysurie. — Tout le temps que dure la grippe, la diurèse doit être recherchée ; on la favorise par du lait, des eaux alcalines de Vichy ou de Vals, des tisanes de pariétaire, de queues de cerises ou d'uva ursi, etc. « **Tant qu'il n'y a pas de polyurie, la grippe n'est pas guérie.** » Aux approches de la crise, on exagèrera encore les **boissons abondantes**, acidules ou gazeuses, les limonades, les tisanes diurétiques ; les **lavements glycérinés froids** agiront dans le même sens.

3) **Pendant la convalescence.** — Les épistaxis, la diarrhée, les sueurs qui marquent le début de la convalescence sont rarement occasion à intervenir. Critiques, ils durent peu ; leur persistance seule appellerait les hémostatiques, les astringents, les anhydrotiques. Ils doivent en général être respectés.

Une fois la convalescence amorcée, on supprimera tous médicaments, la **quinine** exceptée, qu'on n'ordonnera plus qu'aux doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 40, comme stimulant et tonique du système nerveux. Cette stimulation générale, si nécessaire, sera obtenue aussi par le **café,** en infusion de 20 gr. pour une tasse deux ou trois fois par jour, par le **thé**, le **quinquina** sous toutes ses formes ; le cognac, le vin vieux pourront être prescrits aussi suivant les cas, à doses modérées toutefois.

L'asthénie, si elle prolongeait, réclamerait les **frictions excitantes** de la peau, **l'hydrothérapie** sous forme de tub froid ou chaud, la **strychnine**, à raison d'un milligramme par jour en pilule ou en potion ; la solution :

Phosphate de soude . .	10 grammes
Arséniate de soude . .	10 centigr.
Eau	100 grammes

par cuillerée à café aux repas.

serait aussi utile et devrait être préférée aux vins médicamenteux : les **glycérophosphates,** les **cacodylates** rendent les mêmes services.

Dès que les sorties deviendront possibles on enverra le malade à la **campagne** changer d'air, c'est-à-dire s'hématoser, plus tard aux altitudes, si la saison le permet.

Mais ce qui, durant toute la convalescence, doit être évité par le grippé, ce sont le refroidissement, les indigestions, toutes fatigues. **Les rechutes sont en effet longtemps à craindre**, qui, par leurs complications cardio-pulmonaires, même sur des grippes primitivement légères, assombrissent beaucoup le pronostic.

II. — Forme nerveuse

INFORMATIONS CLINIQUES. — **A)** Chez un adulte, un peu surmené habituellement, surviennent sans prodromes avec une intensité inouïe, le frisson, la haute température, la courbature, la rachialgie du début de la grippe ; mais en plus, il existe des vertiges excessivement pénibles et une céphalée exceptionnellement accablante. Les jours suivants la dépression physique et morale est énorme, confine à l'anéantissement, l'endolorissement musculaire est généralisé, les sueurs sont profuses ; mais la fièvre reste modérée, c'est la *forme nerveuse de la grippe* sans déterminations, c'est-à-dire l'exagération du syndrôme nerveux de la grippe commune.

B) Dès le début de cette grippe nerveuse, en son milieu également, un délire survient parfois, tantôt calme avec dépression, tantôt vigil avec excitation ; en même temps, le malade se couche en chien de fusil, il prend le pouls irrégulier, parfois le pouls lent, il a le visage tantôt pâle, tantôt rouge, il fuit la lumière ; ses pupilles sont inégales ; le diagnostic de méningite hante l'esprit et alors qu'on croit ces craintes trop fondées, on voit cette prétendue méningite s'évanouir, le délire diminuer ; c'est la *forme nerveuse de la grippe à déterminations cérébrales.*

C. α) Chez un grippé très accablé, dès le premier jour ou peu après, on remarque une tachycardie constante et de la congestion pulmonaire passive ; et, si l'on connaît peu le malade, l'on se demande s'il n'existait pas une lésion cardiaque : on dirait en effet que les pneumogastriques sont coupés.

β) Chez un autre, très déprimé aussi, dans les mêmes délais, on note au contraire le ralentissement notable du pouls avec arythmie, en même temps que de la dyspnée sans lésions pulmonaires importantes. Puis, un incident survient pour lequel on est mandé en toute hâte, accès d'angine de poitrine ou syncope ; ou bien on constate la respiration de Cheyne-Stokes, le collapsus cardiaque peut emporter le malade. On dirait que les pneumogastriques sont excités.

Que l'analogie clinique fasse penser à la section ou à l'excitation des vagues, c'est la *forme nerveuse de la grippe à déterminations bulbaires.*

INDICATIONS CLINIQUES. — La symptomatologie de la forme nerveuse de la grippe commande tout le traitement ; aussi le traitement sera-t-il aussi variable que les indications puisées au lit du malade peuvent l'être. Toutefois, si l'intervention médicamenteuse doit être immédiate pour parer à des dangers imminents, le médecin ne doit pas oublier qu'il s'agit de phéno-

mènes fugaces, souvent sans profondeur, qui exigent plus la rapidité d'intervention que la durée d'action. La toxine grippale qui influence les centres nerveux est en réalité hâtive à les frapper et lente à les abandonner spontanément ; mais elle lâche sa proie, si l'on s'efforce à contrecarrer son action, et si l'on vise sans relâche à l'éliminer. Cette notion fondamentale doit guider dans sa tâche le médecin traitant.

TRAITEMENT. — La forme nerveuse de la grippe ou les déterminations cérébrales et bulbaires de cette forme clinique sont justiciables de la tentative de traitement abortif par le **sulfate de quinine.** On ne doit pas s'en montrer du reste plus ménager dans cette forme que dans les autres ; la tendance qui consiste à considérer la quinine comme héroïque dans toute grippe, a son application ici sans conteste. La dose classique d'un gramme est nécessaire ; la voie hypodermique peut parfois être préférée.

A) Forme nerveuse sans déterminations. — L'association de l'**antipyrine** au sulfate de quinine est particulièrement heureuse dans ce cas, et doit être préférée à l'association avec le salol, la phénacétine, le salophène, pour triompher de la courbature, des myalgies, de la céphalée : quelques frictions avec le **baume chloroformé** ou le baume opodeldoch contribuent du reste aussi à calmer les phénomènes douloureux.

La dépression physique et morale qui domine appelle du reste les excitants diffusibles, tels l'**éther**, le **camphre**, sous la forme de la potion :

Liqueur d'Hoffmann	4 grammes.
Sirop de menthe	30 »
Hydrolat de mélisse	90 »

par cuillerées à potage.

ou de l'injection hypodermique répétée deux fois par jour de

Huile camphrée au dixième	20 grammes.
Ether sulfurique	5 »

par cuillerées à potage.

La **liqueur ammoniacale anisée** donnée comme il a été indiqué déjà, la **potion de Todd** ou quelques petites flûtes de champagne contribueront aussi à tirer le malade de l'anéantissement où il est tombé, de même la potion au **musc** que voici :

Teinture de musc	XX gouttes.
Sirop de gingembre	30 grammes
Eau de cannelle	90 »

par cuillerées à potage.

Jusqu'au retour du tonus habituel, ces divers moyens isolés ou combinés seront employés ; d'ordinaire ce sera pendant une huitaine, avec une journée de repos intercalaire, qu'il faudra s'adresser à eux.

B) Forme nerveuse avec déterminations cérébrales. — L'apparition du délire dans la grippe nerveuse est chose grave ; il traduit ou bien l'action de la fièvre surajoutée, ou bien une imprégnation plus profonde des cellules nerveuses par les toxines.

Délire avec fièvre. — Dans le premier cas, quand l'état fébrile s'est exacerbé en même temps que survenait le délire, tout en continuant le **sulfate de quinine**, c'est aux **bains frais** qu'il faut demander la sédation.

Donnez-les avec les précautions ordinaires à 26 ou 28 degrés, d'une durée de dix minutes, deux ou trois fois par jour. Si on ne peut les employer, pratiquez des **lotions froides** à l'éponge, suivies d'enveloppement dans une couverture ; ou encore faites accepter le **drap mouillé** suivant la méthode habituelle ; cette thérapeutique, proportionnée à l'importance de la fièvre autant qu'à celle du délire, donnera les plus satisfaisants résultats.

Délire sans fièvre. — Lorsque le délire ne s'est pas accompagné de fièvre, les antispasmodiques suffiront à le calmer ; les **bromures** combinés au **chloral** en particulier seront employés ; j'aime à employer la potion suivante :

Bromure de potassium	20 grammes
Hydrate de chloral	20 »
Extrait de jusquiame	20 centigr.
Extrait de chanvre indien	20 »
Eau	200 »

une cuillerée à café toutes les deux heures jusqu'à sédation.

Mais l'**opium**, la valériane ne sont pas moins efficaces, telle la potion suivante :

Bromure de sodium	5 grammes
Teinture de valériane	4 grammes
Sirop de menthe	30 grammes
Eau de tilleul	100 grammes

par cuillerées à potage toutes les deux heures.

Un jour vient où le délire a disparu, tout à coup ou après qu'on a remarqué son atténuation graduelle ; on cesse alors tous ces médicaments.

C) Forme nerveuse avec déterminations bulbaires. — La gravité des accidents cardio-pulmonaires d'origine bulbaire dans la grippe, n'est pas moindre que celle du délire. La localisation sur les centres respiratoires des toxines grippales veut des résolutions thérapeutiques importantes. Il sera toujours de mise d'éliminer les toxines, mais on agira de plus au voisinage du bulbe et sur lui pour en entretenir l'activité régulatrice.

Dans cette dernière intention, il faut pratiquer la **révulsion**. Peter ne craignait pas de placer un vésicatoire à la nuque ; on doit le remplacer par de petites ventouses, des sinapismes répétés deux et trois fois par jour, ou bien par des pointes de feu dans cette région, tout le temps que durent les accidents.

a) Tachycardie et congestion pulmonaire. — Lorsque le

cœur se conduit comme si les vagues étaient coupés, la **digitale**, régulateur du cœur, doit être prescrite ; de digitaline cristallisée au millième, on donnera, ou d'emblée quarante gouttes sans y revenir, ou vingt gouttes d'abord, dix gouttes les deux jours suivants. L'**ergotine**, qui atténue les congestions spinales, ralentit et régularise le cœur, n'est pas moins indiquée ; matin et soir une injection d'un gramme d'ergotine Yvon, ou d'un centimètre cube de la solution d'ergotinine Tanret sont donc aussi utiles les jours qui suivront la cessation de la digitale.

L'**électrisation** des pneumo-gastriques serait loin d'être vaine, mais son application donne lieu à de grandes difficultés.

b) Bradycardie avec dyspnée. — Les moyens à mettre en œuvre sont différents quand le cœur se comporte comme si les vagues étaient excités.

La dyspnée marquée, l'arythmie et la bradycardie réclament les excitants diffusibles : l'**éther** et la **caféine** en potions ou en injections hypodermiques, les inhalations d'**oxygène**, l'**alcool** en potion ou sous forme de vin de champagne ; on les donnera sans compter, car le collapsus cardiaque est menaçant ; contre ce collapsus, on pourra être amené à pratiquer d'urgence l'injection d'un milligramme de **strychnine :**

Eau distillée	10 gr.
Sulfate de strychnine .	1 centigr.

Un centimètre cube contient un milligramme de strychnine.

En prévision de défaillance cardiaque, dès les premières tendances de bradycardie, cette injection sera prescrite ; l'**huile camphrée** vise aux mêmes résultats ; combinée à l'éther, elle est d'autant plus efficace.

Les incidents tels que syncope, angine de poitrine, seront ainsi prévenus dans la limite du possible ; s'ils se produisaient, la **flagellation**, la **respiration artificielle**, seraient d'un secours immédiat ; les ventouses appliquées sur toute la poitrine, réveilleraient le réflexe respiratoire ou cardiaque.

III. — Forme gastro-intestinale

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Brusquement, chez un adulte bien portant se déclare un état gastro-intestinal caractérisé par des vomissements, des coliques douloureuses, de la diarrhée bilieuse abondante, une langue saburrale. En même temps s'installe un brisement général, un accablement considérable avec céphalée marquée, voire même accompagné d'épistaxis ; la fièvre d'emblée est à 39° ; elle oscille faiblement autour de 39°. Pendant un à deux septenaires ces symptômes, analogues à ceux de certains cas de fièvre typhoïde, persistent, accrus de sueurs vespérales, d'urines rares, avec un léger anneau albumineux, d'un gonflement du foie et de la rate. Puis, les myalgies s'atténuent, la rate se dégonfle, la diarrhée s'éteint ; et la convalescence commence, de longue durée comme dans toute grippe. C'est la *grippe à forme typhoïde*, que différencient de la fièvre typhoïde son début brusque, la précocité du gonflement de la rate, sa courbe thermique non en escalier, l'absence de séro-réaction.

Au lieu de la convalescence, une complication pulmonaire peut faire suite à cette grippe, commencée sous la forme typhoïde ; la terminaison en est souvent alors fatale.

II. Un grippé, dont les manifestations thoraciques ont été plus sévères que normalement, paraît se relever de ces atteintes, lorsque survient chez lui une gastro-entérite caractérisée ; sa langue est épaisse, pendant plusieurs jours il vomit liquides et aliments ; la diarrhée dure encore plus longtemps. C'est encore la grippe à forme typhoïde, succédant à une atteinte pulmonaire.

INDICATIONS CLINIQUES. — Dans la forme gastro-intestinale de la grippe, l'asthénie caractéristique est en apparence reléguée au second plan, masquée qu'elle est par les symptômes bruyants du tractus intestinal. Les manifestations gastro-intestinales sont une expression clinique un peu anormale des troubles nerveux qui caractérisent l'infection grippale. Les dispositions pour la combattre seront donc seulement un peu différente, mais le but à atteindre sera le même.

TRAITEMENT. — Dès le diagnostic, la **quinine** sera quotidiennement administrée, comme l'agent indispensable du traitement. Toutefois, comme le tube digestif doit être ménagé, on la donnera par injections hypodermiques. Le chlorhydro-sulfate de quinine, selon la formule

Chlorhydro-sulfate de quinine...	5 gr.
Eau distillée bouillie ....,	6 gr.

Un cent. cube de cette solution contient 50 centig. de sel de quinine.

est très utile. Mais, associé à l'antipyrine, qui le rend facilement soluble, du reste, le sulfate de quinine donnera son maximum d'effets.

En voici la formule :

Sulfate de quinine . . .	3 gr.
Antipyrine	1 »
Eau distillée	10 »

Chaque injection, qu'on répète deux à trois fois par jour, contient 0 gr. 30 de quinine et 0 gr. 10 d'antipyrine.

Le malade sera d'autre part maintenu au régime lacté rigoureux, et même à l'usage exclusif de l'**eau bouillie**, si la gastro-entérite s'accentuait. En tout cas, les antiseptiques intestinaux, tels **le bismuth, le salol, le naphtol, ne doivent pas être employés.**

Mais il sera bon de donner fréquemment de petits

purgatifs, par exemple tous les deux jours quinze grammes de **sulfate de soude** ou une limonade ROGÉ, voire même au début, un vomitif : 1 gr. 10 d'**ipéca**, au lieu d'émétique, qui a le grave défaut ici de déprimer gravement la circulation.

Dans le cas exceptionnel, ou avec des selles très fétides, coexiste du subictère et du météorisme, révélateurs de congestion hépatique, le calomel à doses réfractées :

Calomel	10 centigr.
Sucre pulvérisé	20 »

pour un cachet ; un cachet deux à cinq fois par jour

devra être tenté ; mais ces cas ont un pronostic grave d'ordinaire.

(*A suivre*).

MOTS DE LA FIN

On racontait dans un salon la fin prématurée d'une de nos célèbres cantatrices, morte de la petite vérole.
— C'est bien modeste, répond un médecin.

(Lyon Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 23 janvier 1903, a eu lieu, au restaurant MARGUERY, la quatrième réunion de l'année 1903, de l'**Association de la Presse médicale française**. Vingt-cinq membres y assistaient, sous la présidence de M. le docteur LABORDE, syndic.

HONORARIAT. — M. le docteur CÉZILLY, membre fondateur de l'Association, a été, sur sa demande, nommé *membre honoraire*. — De plus, M. CÉZILLY, ancien syndic, a été acclamé comme *syndic honoraire*.

NOMINATIONS. — M. le docteur CÉZILLY fils a été nommé membre titulaire comme rédacteur en chef du *Concours médical* ; — M. le docteur DOR, comme rédacteur en chef de la *Revue d'Ophtalmalogie*, en remplacement de M. le docteur MEYER, décédé.

CANDIDATURES. — Sont chargés du rapport sur les candidatures de MM. les docteurs SOULIÉ (*Bulletin médical de l'Algérie*), BUTTE (*Annales de Thérapeutique derm. et syph., etc*), COURTAULT (*Tablettes médicales*) : MM. OLIVIER, THOUVENAINT et RODET.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE DE BIARRITZ. — M. le docteur Georges BAUDOUIN est délégué par l'Association pour la représenter à ce Congrès.

ELECTION D'UN SYNDIC. — Par suite du passage à l'honorariat de M. CÉZILLY, M. le docteur Albert ROBIN a été nommé Syndic de l'Association.

CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE DE MADRID. — M. le Secrétaire général de l'*Association internationale de la Presse médicale* a donné les quelques détails parvenus à sa connaissance et relatifs à l'organisation de ce Congrès par le Comité espagnol.

CONGRÈS D'ASSISTANCE DE BORDEAUX. — Le Secrétaire général est autorisé à se mettre en rapport avec le Bureau du Congrès.

LA PRESSE A L'ACADÉMIE. — M. LABORDE a tenu l'assemblée au courant des démarches qu'il a faites comme président pour obtenir une réponse à la pétition déposée par lui sur le bureau de l'Académie au nom de l'Association.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La **Commission administrative des Hospices de Lille**, sur la demande directe qui lui en a été faite par des ouvriers, ouvrira, dès le 18 février, une consultation payante hebdomadaire de vénéréologie et des maladies de la peau.

Cette consultation, confiée à M. le professeur CHARMEIL, aura lieu tous les mercredis, à 7 h. 30 du matin, dans le pavillon des consultations de l'hôpital Saint-Sauveur. Le montant de chaque consultation ou de chaque pansement est fixé à un franc, versé dans la caisse des hospices.

Guidée par le désir de garder à cette consultation le caractère de discrétion que réclament les intéressés et qui est observé dans la pratique médicale de la ville, la Commission des hospices n'a adjoint à M. le professeur CHARMEIL pour tout aide qu'un externe ; tous étudiants sont exclus de cette consultation.

Un avis inséré dans les journaux, fait connaître à la population lilloise l'ouverture de cette consultation.

— Dans le récent arrêté nommant dans le **Corps de santé militaire** des médecins aide-major de 1re classe et les maintenant à leurs postes, nous relevons les noms de MM. les docteurs BATTEZ, au 19e chasseurs à cheval, à Paris ; RONDIE, au 91e d'infanterie, à Mézières ; TAILLEFER, au 148e d'infanterie, à Rocroy ; CARRET, au 73e d'infanterie, à Béthune ; FELDMÜLLER, au 150e d'infanterie, à Mézières.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS

Académie des sciences. — M. le docteur Léon LABBÉ, sénateur de l'Orne, est élu membre associé libre.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — M. le docteur BAUBY, agrégé, est chargé, jusqu'au 1er octobre 1903, d'un cours de pathologie externe, en remplacement de M. le professeur PENIÈRES, en congé pour raison de santé.

Dijon. — M. le docteur TARNIER, professeur de physiologie, est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

Notre Carnet

Le docteur Maurice ARTHUS, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils ANDRÉ. Nous adressons à notre distingué collaborateur nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur G. CARRIÈRE, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille SUZANNE. Nos meilleurs souhaits à notre collègue pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs RAMAGE, de Saint-Pierre-le-Moutier (Nièvre) ; BICHON, de Gauriac (Gironde) ; Maximin LEGRAND, de Paris.

OLLIER, interne des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie intestinale d'urgence, par le Dr A. Mouchet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 26 figures, cartonné (*Actualités médicales*). — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La place prépondérante que les opérations sur l'intestin ont toujours occupée dans la chirurgie d'urgence et le perfectionnement qu'elles ont subi dans ces dernières années par l'amélioration de la technique, justifient la nouvelle publication que vient de faire le Dr Mouchet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. Il passe successivement en revue les contusions et les plaies de l'abdomen, l'occlusion intestinale, l'appendicite, l'imperforation ano-rectale, l'étranglement hémorrhoïdaire, les hernies étranglées et les hernies gangrenées. — Pour chaque maladie, les indications opératoires sont tout d'abord exposées avec précision et clarté. Puis la technique opératoire est décrite, d'après les travaux les plus récents, et illustrée de nombreuses figures originales intercalées dans le texte.

La question de l'appendicite est toujours d'actualité, et les récentes discussions à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie et au Congrès de Bruxelles sont soigneusement exposées. — La question des hernies, qui intéresse tout particulièrement les praticiens, est traitée avec clarté et précision.

OUVRAGES REÇUS

— **L'asepsie et l'antisepsie dans la pratique journalière de l'otorhino-laryngologie**, par le docteur Trétrôp, Anvers, Buschmann, 1901.

— **L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales**, par les docteurs Keraval et Raviart, tiré à part des *Archives de Neurologie*, 1903, n° 85.

— **Les mendiants et les vagabonds et la maison de travail**, par M. Leroux de Lajonkaire, substitut du procureur général de Douai, Douai, Marlot et Demarquette, 1902.

— **Quelques instruments pour la pratique journalière de l'otorhino-laryngologie**, par le docteur Trétrôp, Anvers, Buschmann, 1902.

— **Dermatose chlorique électrolytique**, par le docteur P. Fumouze, Paris, Chérest, 1901.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2e et 3e Semaine, du 4 Janvier au 17 Janvier 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	16
3 mois à un an	15	16
1 an à 2 ans	3	8
2 à 5 ans	5	6
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	1	8
20 à 40 ans	13	16
40 à 60 ans	11	14
60 à 80 ans	17	16
80 ans et au-dessus	5	2
Total	80	104

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	»	2	7	18
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	6	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	3	1	»	»	1	»	7	23	20
Moulins, 24,947 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	7	1	3	»	»	1	»	»	»	»	1	10	26	30
Wazemmes, 36,782 hab.	3	»	»	»	1	»	»	»	6	1	4	»	»	2	»	2	»	»	»	14	33	40
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	1	»	»	»	2	2	1	1	»	»	2	1	»	»	»	»	6	17	18
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	2	2	1	»	»	4	»	1	»	1	»	9	24	14
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	7	11	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	2	»	»	»	»	»	3	11	10
Fives, 24,191 hab.	5	»	»	»	»	4	»	»	3	2	3	»	»	3	»	»	»	2	»	4	26	36
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	5
Sud, 5,908 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	10
Total	24	»	»	2	1	4	»	6	23	10	16	»	»	19	2	4	»	5	1	64	184	213

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 318. Septième Année. N° 7. Le Numéro : **10** centimes. 15 Février 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. Traitement par la méthode de Braxton-Hicks.

Par le docteur **M. Oui**, agrégé des Facultés de Médecine
Chargé de cours d'accouchement à l'Université de Lille

J'ai eu, il y a quelque temps, l'occasion de traiter par la version de BRAXTON-HICKS un cas fort grave d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. Bien que cette méthode soit très connue et fréquemment employée en Angleterre et surtout en Allemagne, elle est peu répandue en France, et c'est ce qui m'a décidé à publier l'observation suivante, avec les renseignements que notre aimable collègue, M. le docteur VINCENT, d'Armentières, a bien voulu me communiquer sur les antécédents obstétricaux de la personne qui en fait le sujet.

Mme X... a eu d'abord trois grossesses normales avec accouchements de la plus grande simplicité.

A la quatrième grossesse, en 1898, elle eut un placenta prœvia qui détermina des hémorrhagies à partir du sixième mois. Au cours d'une course en voiture, elle eut une hémorrhagie beaucoup plus abondante et, les secousses du véhicule ayant provoqué les douleurs, l'accouchement se fit dans la journée. L'insertion du placenta était marginale. Les suites furent très simples.

A la suite de cette quatrième grossesse, elle eut une métrite cervicale qui était à peine guérie quand elle redevint enceinte pour la cinquième fois. Cette cinquième grossesse se passa parfaitement et se termina par un accouchement régulier. Mais la métrite reparut et l'amélioration était à peine commencée qu'une sixième grossesse se produisit, dont le début remonte à la deuxième quinzaine du mois de mars 1902.

Au mois de mai, un petit suintement sanguin se produisit, très peu abondant et rapidement arrêté par le repos au lit. La grossesse se passa ensuite normalement jusqu'au 17 août. A cette date se produisit une hémorrhagie peu abondante, qui s'arrêta spontanément. Dans la nuit du 27 au 28 août, nouvelle perte, assez importante, puis, à trois ou quatre reprises, hémorrhagies peu abondantes. Cette dame, qui se trouvait alors en villégiature, se décidait à rentrer à Armentières et avait une nouvelle hémorrhagie dans la nuit du 23 au 24 septembre, hémorrhagie qui fut évaluée à 250 ou 300 grammes environ.

C'est alors que son médecin, M. le docteur VINCENT, me pria de la voir en consultation. Je la vis le 24 septembre dans l'après-midi, un peu pâlie, mais présentant encore un bon état général. L'examen faisait constater un utérus normalement développé pour une grossesse probable de six mois. Le fœtus, vivant, se présentait par le sommet. Par le toucher, on trouvait le col légèrement entr'ouvert, fermé dans sa partie supérieure. La tête ballottait dans le segment inférieur, qui était manifestement épaissi dans sa partie droite.

Notre diagnostic fut : insertion vicieuse du placenta, latérale ou marginale.

Étant donné que les hémorrhagies avaient fort peu atteint l'état général, nous résolûmes de laisser continuer la grossesse, dont l'interruption ne pouvait, à cette période, que donner naissance à un avorton non viable. Le repos absolu au lit fut institué et nous attendîmes les événements.

Ils ne se firent pas longtemps attendre. Dans la nuit du 25 au 26 septembre, une hémorrhagie formidable se produisait. M. le docteur VINCENT, appelé immédiatement,

pratiqua un tamponnement d'attente et, le 26 au matin, m'appela d'urgence auprès de sa cliente.

Lorsque j'arrivai vers dix heures et demie du matin, je trouvai la malade très pâle, extrêmement affaiblie, évidemment épuisée par la nouvelle hémorrhagie qu'elle venait de subir. Le pouls, presque imperceptible, battait à 140 par minute: quelques rares contractions utérines douloureuses s'étaient produites depuis la nuit.

Il était évident qu'il fallait intervenir rapidement. Cette femme ne devait plus perdre de sang; la moindre hémorrhagie eût eu un dénouement fatal, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises et une injection de sérum artificiel ayant été préparée, je me mis en devoir, à onze heures, de retirer le tampon.

Derrière le tampon, vinrent quelques caillots. Je donnai alors une injection antiseptique chaude avant de pratiquer le toucher. Mais, immédiatement, une nouvelle hémorrhagie survint, extrêmement inquiétante par son abondance. Sans perdre de temps, j'enfonçai la main dans le vagin, avec l'intention d'aller rompre les membranes. J'introduisis, sans trop de difficulté, deux doigts dans le col, qui avait conservé toute sa longueur, et je trouvai le placenta, dont une partie décollée recouvrait l'orifice interne. Poussant alors à gauche, j'arrivai sur les membranes et, sentant que le fœtus paraissait très mobile, je me résolus, au lieu de m'en tenir à la rupture des membranes, à pratiquer la version bi-polaire. Je repoussai la tête vers le côté droit pendant que mon autre main, placée sur la paroi abdominale, abaissait le siège primitivement situé dans le flanc gauche. Je sentis successivement passer sous mes doigts, le plan latéral du fœtus, une main, puis j'arrivai au siège et, à travers les membranes restées jusque-là intactes, je pus nettement percevoir un pied. Je le saisis, m'en servis pour rompre les membranes par traction et l'attirai dans le vagin; à partir de ce moment, la malade ne perdit plus une goutte de sang. Les douleurs devinrent plus énergiques, plus rapprochées. Au bout d'une heure trois quarts, l'accouchement se terminait sans difficulté. Une partie du placenta accompagnait dans sa sortie la tête du fœtus, qui avait succombé au cours du travail.

Délivrance spontanée, suivie d'une grande injection intra-ultérine.

Suites de couches troublées par une légère hyperthermie, qui dura deux ou trois jours. Rétablissement parfait.

Je tiens, tout d'abord, à faire remarquer que ce cas vient s'ajouter à ceux que j'ai déjà publiés pour montrer que, contrairement à l'opinion classique et conformément à la doctrine soutenue en France par le professeur Pinard, l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta peut se produire presque dès le début de la grossesse. Dans le cas présent, les hémorrhagies sont notées dès le 2e mois, puis au 5e et au 6e.

Mais c'est surtout du traitement employé que je veux m'occuper, bien que je n'aie nullement l'intention de présenter la version bi-polaire comme la meilleure méthode de traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta.

Certes, cette méthode présente des avantages considérables. Elle combine, en effet, la rupture des membranes, déjà si efficace par elle-même, avec l'abaissement d'un membre qui, en s'insinuant dans l'orifice utérin, remplit à merveille le triple rôle de tampon intra-utérin, d'excitateur de la contraction utérine et de dilatateur de l'orifice. Si on joint à tous ces avantages celui de ne nécessiter aucune instrumentation, ce qui permet, dans les cas urgents, son application immédiate, on ne sera pas loin de trouver parfaite la méthode de Braxton-Hicks.

Il y a, malheureusement, quelques ombres à ce tableau brillant. Si la version bi-polaire donne de bons résultats pour les mères, elle sacrifie beaucoup d'enfants (70 à 83 0/0), les risques de la présentation du siège dans des circonstances qui s'opposent à l'extraction immédiate étant augmentés encore par l'état précaire du fœtus, qui a déjà souffert des hémorrhagies maternelles.

En outre, les manœuvres à faire ne sont pas sans présenter quelques difficultés et demandent dans beaucoup de cas une certaine habileté manuelle que donne seule l'habitude des opérations obstétricales.

Pour la première raison, je crois que la version bi-polaire devra être réservée de préférence aux cas dans lesquels l'enfant a succombé au cours des hémorrhagies ou à ceux dans lesquels il a fort peu de chances de naître viable.

Il faut, aussi, que l'intervention ne se présente pas comme trop difficile à mener à bien. C'est dire qu'on l'utilisera surtout dans le cas de fœtus peu volumineux, et facilement mobilisable.

Toutes les conditions désirables étaient réunies dans ce cas. Étant donné l'époque peu avancée de la grossesse, je ne pouvais espérer la naissance d'un enfant viable, ce qui me permettait de le considérer comme un élément d'importance très secondaire. La mobilité du fœtus m'incita, d'autre part, à agir comme je l'ai fait, et c'est pour profiter, jusqu'à la fin de l'intervention, de cette précieuse mobilité que je rompis les membranes seulement après la saisie du pied, contrairement au manuel opératoire habituel.

C'est donc, en grande partie, aux conditions favorables que j'ai rencontrées qu'est dû le succès obtenu. Il est vrai que, dans des circonstances plus difficiles, j'avais, dans la rupture large des membranes, suivie ou non de l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes, un moyen thérapeutique tout aussi énergique, auquel je n'aurais pas manqué de recourir. J'aurais ainsi, non moins sûrement, rempli l'indication thérapeutique dominante des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta : vider sans tarder l'utérus.

Cancer du Pylore.

Pylorectomie et gastro-entérostomie ; Trève complète de deux ans. — Seconde gastro-entérostomie ; nouvelle trève.

par le professeur **H. Folet**

Les lecteurs de l'*Echo Médical du Nord* se rappellent peut-être une observation que je publiai ici il y a un an (1),

(1) *Echo médical du Nord*, 18 janvier 1902.

sous ce titre : « Gastro-entérostomie et pylorectomie pour cancer ; santé parfaite de l'opéré dix huit-mois après l'intervention ». Avant de donner la suite de cette observation, j'en voudrais rappeler les traits essentiels :

Romain D..., de Saint-Omer, 43 ans, a depuis janvier 1900 des vomissements à allures spéciales, ayant lieu tous les deux jours et se composant des aliments ingérés les jours de trêve. Il prévoit, à la sensation de plénitude, le moment de l'évacuation. Pas d'hématémèse ni de mélœna. Peu de douleurs. Amaigrissement rapide. A son entrée à la clinique en juin 1900, il a perdu 28 kil. depuis 6 mois et pèse 50 kil. Tumeur à la région épigastrique (mandarine), mobile. Estomac dilaté.

Croyant à un cancer annulaire du pylore, déjà très avancé, je le laparotomisai le 20 juin, pour lui faire une gastro-entérostomie palliative de soulagement et de survie. L'abdomen ouvert, j'amenai au dehors, avec une admirable facilité, non seulement l'estomac dilaté, mais aussi le pylore formant une tumeur grosse comme un très gros œuf, à surface séreuse lisse et d'aspect sain ; le cancer n'ayant pas envahi le péritoine, ni retenti sur les ganglions voisins.

La gastro-entérostomie étant faite comme j'ai l'habitude de la faire (gastro-entérostomie postérieure transmésocolique), je posai deux clamps, l'un sur le duodénum, l'autre sur la petite extrémité de l'estomac ; et je sectionnai l'estomac, puis le duodénum. J'enlevai largement la masse néoplasique, l'incision portant en plein tissu bien souple. Un double étage de sutures ferma la section stomacale et la section duodénale.

Un double dessin schématique explique clairement

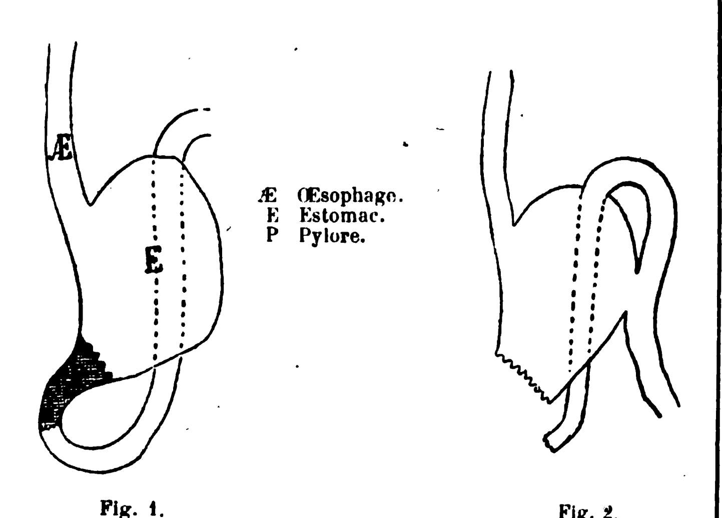


Fig. 1. Fig. 2.

ce que je fis : La figure 1 représente l'œsophage et l'estomac, non dans la position qu'on lui attribue trop souvent par tradition, le grand axe de l'estomac étant perpendiculaire à l'œsophage ; mais bien dans sa position réelle, presque verticale, le pylore étant déclive. La partie envahie par le cancer est teintée en quadrillé. La première partie du jéjunum, figurée derrière l'estomac, est marquée en pointillé.

Dans la figure 2, la partie malade a été enlevée. La suture qui ferme l'estomac et celle qui ferme le duodénum sont représentées par des lignes ondulées. Le jéjunum a été abouché à l'estomac au niveau de la partie moyenne de la grande courbure stomacale, un peu plus sur la face postérieure que ne le représente le dessin qui est un profil schématique.

Suites opératoires idéalement simples. Le malade sortait de l'hôpital le 13 juillet, le vingt-troisième jour de l'opération, ayant gagné 17 kilogrammes en trois semaines.

Le pylore enlevé, fendu dans toute sa hauteur, présentait, à la place de la muqueuse, un anneau circulaire complet de 4 centimètres de longueur, hérissé de fongosités végétantes qui remplissaient et obstruaient tout le calibre de l'intestin. L'oblitération devait être à peu près absolue, imperméable même aux liquides. Une note de M. le professeur CURTIS m'apprend qu'il s'agissait bien d'un « véritable épithélioma cylindrique des glandes de la région pylorique, en pleine évolution, avec, par places, dégénérescence colloïde du stroma interglandulaire ».

Des lettres que m'écrivait tous les trois ou quatre mois l'opéré, m'apprirent qu'il avait continué à se porter fort bien et à augmenter de poids. En novembre 1900, il pesait 83 kil. 500, ayant gagné 33 kil. et demi depuis l'opération, se nourrissant de lait, d'œufs, de purées, de viandes tendres hachées en menus fragments. Digestion parfaite, jamais de douleurs ni de vomissements, il exerçait vaillamment et sans se ménager sa profession de cocher-jardinier.

Les choses en étaient toujours là lorsqu'il vint, sur ma demande, nous revoir en janvier 1902, plus de dix-huit mois après l'intervention. A l'examen, le malade étant couché, on trouvait les parois du ventre absolument souples, et la palpation profonde ne révélait aucune tuméfaction. Je le présentai alors à la *Société de Médecine du Nord*, et je signalai en passant ce résultat paradoxal que ce sont les cas jadis les plus graves (cancer annulaire oblitérant vite tout le calibre du pylore), qui donneront lieu maintenant à la laparotomie hâtive, car l'inanition rapidement menaçante poussera à intervenir de bonne heure ; et c'est dans ces cas là que l'on aura le plus de chances de tomber sur un cancer bien limité, encore enfermé dans l'intestin, bien mobile. Au contraire, lorsque le cancer ne se développera que sur une partie du pourtour du pylore, n'amenant qu'une oblitération partielle et lente, on ne sera conduit à opérer que tardivement et on trouvera alors un néoplasme inenlevable.

J'ajoutais d'ailleurs que, malgré les dix-neuf mois écoulés, il ne fallait pas se hâter de chanter victoire, que cet homme pouvait encore avoir soit une récidive ganglionnaire, soit une atrésie de la boutonnière jéjuno-gastrique.

Ces craintes devaient se réaliser : En avril 1902, Romain D... m'écrivait une lettre assez triste : ses digestions redevenaient pénibles et lentes ; il avait eu quelques vomissements ; il maigrissait et avait perdu 8 kil. de poids. Je l'engageai à se remettre à la diète lactée pure ; ce qu'il fit. Les digestions s'améliorèrent ; mais il avait encore parfois des vomissements et il continua à maigrir. Il rentra à l'hôpital le 5 mai

1902, étant tombé de 83 kil., qu'il pesait six mois auparavant, à 65 kil.

Je le relaparotomisai le 7 mai. Le ventre ouvert et l'estomac amené au dehors, je constatai que la portion flottante du duodénum fermé, très diminuée de volume, était souple ; de ce côté j'avais taillé en plein tissu sain. Mais, du côté de l'estomac où j'avais cru aussi faire une ablation très large, ma section avait porté dans des tissus déjà atteints d'invasion latente. Le néoplasme avait marché lentement, envahissant la petite courbure puis la partie supérieure de la face postérieure de l'estomac vers la grosse tubérosité. Les parois stomacales étaient là épaisses, dures. Le néoplasme gagnait l'anastomose jéjuno-gastrique qui, bien qu'encore perméable, était certainement atrésiée, par l'infiltration cancéreuse.

Comme toute la moitié inférieure de la face postérieure de l'estomac était encore bien souple et semblait saine, j'abouchai, par une nouvelle gastro-jéjuno stomie très large, une anse de jéjunum située à 25 centimètres au-dessous de la première anastomose à la portion la plus déclive de la face stomacale postérieure ; ainsi que le montre la figure 3, où, pour la simplification du schéma, j'ai supprimé le bout flottant du duodénum fermé, et aussi le pointillé indiquant la portion de jéjunum rétro-stomacale.

A
B

A. Première anastomose jéjuno-gastrique.
B. Deuxième anastomose jéjuno-gastrique.

Fig. 3.

Les suites de l'opération furent aussi simples que celles de la première intervention faite deux ans plus tôt. La réunion se fit par première intention. Je commençai à nourrir le malade dès le cinquième jour, et il sortit de l'hôpital trois semaines après cette seconde laparotomie, ayant déjà regagné trois kilog. et n'ayant plus eu un seul vomissement.

Le 31 décembre 1902 (huit mois environ se sont écoulés depuis cette seconde opération), Romain D... m'écrivait cette lettre que je transcris textuellement :

« C'est un grand plaisir pour moi de correspondre » avec vous et de pouvoir vous dire que je me porte » en ce moment très bien. Je digère encore beaucoup » mieux qu'après la première opération. Ma nourriture » habituelle se compose de lait et de trois repas de » viande par semaine (filet de bœuf haché très fin avec » purée de pommes de terre), et cela passe très bien. » Cet été j'ai mangé beaucoup de petits pois en purée ; » et cela m'a très bien réussi. Le soir je prends toujours » du tapioca avec deux ou trois œufs après.

» Pour mon poids, je reste toujours stationnaire » depuis environ deux mois, au poids de 157 livres » (78 kil. 1/2). Quant à mon travail, j'ai toujours ma » place de cocher.

» Je vous prie d'agréer mes meilleurs remerciements » et toute ma reconnaissance, etc... »

Très évidemment cette amélioration, que le malade croit être une guérison définitive et dont il se réjouit si fort, cette amélioration ne sera, hélas, que momentanée. Je n'ai pas la prétention d'avoir arrêté la marche du néoplasme. Peu à peu la seconde boutonnière jéjuno-gastrique sera envahie et rétrécie comme la première par l'induration cancéreuse. Et, comme l'épaississement épithéliomateux occupera alors la totalité de la surface stomacale, aucune anastomose nouvelle ne sera praticable. Mais, vu la lenteur extrême du processus depuis deux années, l'amélioration nouvelle, qui date de sept mois déjà, peut se prolonger assez longtemps encore, 8 à 10 mois peut-être. Une survie longue, une survie de plus de trois ans, aura ainsi été donnée à un homme qui n'aurait plus vécu que peu de semaines si, en juin 1900, on l'avait abandonné à sa destinée. Et, durant cette survie, le malade n'aura pas traîné une vie de souffrance et de misère, mais il aura mené une existence de bien-être physique et de réconfort moral.

De tout cela on peut, ce me semble, légitimement conclure :

— Que dans toutes les sténoses pyloriques rebelles, organiques ou spasmodiques, la gastro-entérostomie est indiquée.

— Que, quand l'occasion se présentera très favorable de joindre à cette opération palliative une intervention radicale, de faire une pylorectomie (et il ne la faut faire que si elle se présente dans de très bonnes conditions), il est nécessaire de tailler largement. Autour de la zone visiblement envahie existe toujours une zone d'invasion latente qu'il faut dépasser. Dans le cas actuel aucune récidive ne s'est produite dans les ganglions non encore atteints lors de l'opération première. Le duodénum était resté intact. C'est dans les parois de l'estomac qu'avait eu lieu la repullulation ou plutôt la continuation du processus morbide. J'avais réséqué un quart de l'estomac ; si j'en eusse carrément sacrifié un bon tiers, ou la moitié, peut-être toute la zone d'invasion latente eût-elle été enlevée, et

le malade serait-il demeuré définitivement guéri. — Que c'est dans les interventions précoces que réside l'avenir de la thérapeutique chirurgicale des maladies de l'estomac. Quand nos confrères les médecins voudront bien nous confier un peu plus tôt et un peu plus souvent des malades atteints de dyspepsies douteuses, il sera plus fréquent de rencontrer des néoplasmes enlevables ; et la limitation des lésions permettra d'en dépasser largement les limites. Oui, je suis convaincu que dans dix ou quinze ans, quand un dyspeptique n'aura pas été amélioré par un traitement médical sérieux, il paraîtra très rationnel et il deviendra très habituel d'inciser l'abdomen et d'aller voir.

Je répéterai à ce propos ce que j'ai écrit l'an dernier : Comme d'ici à l'époque où ces mœurs chirurgicales se seront définitivement implantées, les *laparotomies de diagnostic* dont nous venons de parler resteront des opérations d'hôpital, que l'on n'osera pas tenter couramment en clientèle civile ; par un juste retour des choses d'ici-bas, sera obtenue cette conséquence quelque peu réparatrice des inégalités sociales, que les pauvres diables seront les premiers bénéficiaires des hardiesses et des progrès de la chirurgie moderne.

Consultations Médico-Chirurgicales

Grippe - Influenza

Professeur Combemale.

(*Suite*).

COMPLICATIONS PULMONAIRES

La grippe, a-t-on dit, est une maladie à reprises et à surprises. Les rechutes dans la grippe sont en effet fréquentes. Et ces rechutes sont le point de départ le plus fréquent des complications : elles facilitent la réintoxication et les infections secondaires.

Bronchite capillaire grippale

INFORMATIONS CLINIQUES. — Au milieu des phénomènes généraux habituels, un grippé présente d'abord un catarrhe bronchique non excessif ; puis sa bronchite s'accentue, et peu à peu la dyspnée devient continue et intense, jusqu'à atteindre 50 respirations par minute ; la détresse cardiaque suit l'anxiété respiratoire. A l'examen du poumon, la sonorité thoracique se révèle normale, mais le bruit de tempête, les râles sibilants aigus et sous-crépitants fins aux deux temps disséminés et bilatéraux montrent l'encombrement trachéobronchique ; l'asphyxie est prochaine par bronchoplégie. C'est la *bronchite capillaire grippale*, la plus fréquente.

Un autre grippé, qui paraissait devoir faire son infection grippale sans complications, devient soudainement anhélant, oppressé ; il tousse, veut cracher de la spume, mais n'y parvient guère ; son thorax est rempli de râles fins. En quelques heures, sa dyspnée atteint le maximum ; il asphyxie ; des bronches au pharynx s'est établie une hypersécrétion séreuse généralisée que la bronchoplégie ne permet pas d'expectorer. C'est le *catarrhe grimpant de la grippe*, résultat d'une congestion suraiguë généralisée.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Cette complication est un véritable accident dans le cours de la grippe et paraît due à l'action paralysante des toxines sur les vaso-moteurs et les muscles de Reissessen. Accident redoutable du reste, et contre lequel il faut intervenir sans retard. Désencombrer le poumon où afflue la sérosité bronchique, le décongestionner d'autre part pour interrompre l'afflux séreux, stimuler enfin le cœur et l'économie entière qui se trouvent sous le coup de l'influence paralysante des toxines, telles sont les indications à remplir d'urgence et sans délai.

TRAITEMENT. — Que l'on voie le drame se préparer ou bien qu'on ne soit appelé que lorsqu'il se déroule, la réponse aux trois indications posées doit être simultanée et hâtive.

a) Désencombrer le poumon. — Pour désencombrer le tube trachéo-bronchique, on a le devoir de recourir au **vomitif**. Mais, comme, surtout quand ils sont répétés, les vomitifs amènent une dépression circulatoire et générale qu'il faut éviter au malade, on s'abstiendra de le répéter. Dès que la poitrine chante par obstruction, administrez, mais pour une fois seulement 1 gr. à 1 gr. 25 d'ipéca. L'hématose s'améliore aussitôt.

b) Décongestionner le poumon. — Pour attirer loin du poumon le sang qui stagne et s'attarde, pour contrarier l'exhalation séreuse bronchique qui en résulte, pendant toute la durée de la complication on appliquera, procédé efficace de décongestion rapide, plusieurs fois par jour, dix, vingt, trente **ventouses sèches**. Il est parfois utile, dans les cas extrêmes, d'en scarifier quelques-unes. Les **cataplasmes sinapisés** enveloppant la poitrine entière appliqués deux fois par jour, les sinapismes par quatre et six promenés sur la poitrine ne seront pas d'action moins certaine ; on ne les laissera pas plus de dix minutes en place. Les **bains sinapisés**, si utiles chez l'enfant, seront aussi de mise chez l'adulte ;

on emploiera un kilog de farine de moutarde par bain de 250 litres d'eau.

Si, malgré tout, la cyanose continue, si les lèvres deviennent bleues et les extrémités violacées, une **saignée** de 200 à 300 grammes devient urgente, qui sauvera quelquefois le grippé in-extremis.

c) *Stimuler le cœur et l'économie.* — Tout médicament susceptible de fouetter les réactions vitales, de réveiller la vaso-motricité générale parésiée, devra aussi être mis en œuvre ; tels, l'**éther**, sous forme de sirop d'éther, l'**alcool** sous forme de cognac, de champagne, de grogs, de potion cordiale

Vin de Banyuls . .	100 grammes
Teinture de cannelle.	10 »
Sirop écorces or. amères	40 »

par cuillerée à soupe.

L'éther et l'**huile camphrée** en injections hypodermiques soutiendront le cœur dans sa tâche.

L'**acétate d'ammoniaque**, ce stimulant diffusible que Delcroix de Savignac donnait de façon continue, est aussi excellent dans ce cas. Le malade prendra, toutes les heures, une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque	30 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	30 »
Sirop de sucre . . .	60 »
Infusion de tilleul . .	120 »

ou bien on utilisera la potion cordiale pour y incorporer l'acétate d'ammoniaque suivant la formule :

Acétate d'ammoniaque	30 grammes.
Benzoate de soude . .	10 »
Potion cordiale . . .	120 »

par cuillerées à potage toutes les deux heures.

Sous l'influence de cette révulsion et de la stimulation cardiaque, la dypsnée s'atténuera, la détresse cardiaque diminuera, l'expectoration se fera mieux. Mais cette amélioration ne sera que passagère, et les accidents se reproduiront si plusieurs jours durant et plusieurs fois par jour on ne les prévient pas en répétant révulsifs et stimulants généraux ; l'asthénie grippale, qui permet l'instauration des complications pulmonaires, est toujours à combattre par le **sulfate de quinine**, et ses effets fâcheux à surveiller sans relâche.

Congestion pulmonaire

INFORMATIONS CLINIQUES. — **A**) Vers le quatrième ou le cinquième jour de sa maladie, un grippé se plaint d'une vague douleur thoracique, d'une toux légère. La dyspnée est appréciable ; il expectore avec difficulté des crachats peu aérés, visqueux, grisâtres, on dirait d'une solution de gomme dans l'eau ; la fièvre s'est relevée à 40°, la langue est chargée, le pouls fort vers le soir. A l'examen, si l'on trouve un peu de voussure thoracique, les vibrations par contre sont normales ; mais, on constate une submatité indiscutable, ainsi que de l'obscurité respiratoire : un souffle doux superficiel n'est pas plus douteux que le retentissement bronchophonique. la crépitation pulmonaire ou pleurale peut exister. C'est la *congestion pulmonaire grippale*, à forme de pneumonie, parfois traversée de crachats hémoptoïques ; au bout de cinq jours environ, quelquefois moins, la défervescence survient.

B) Quelques jours après le début d'une grippe, un adulte voit sa fièvre revenir, ses crachats devenir gommeux ; il éprouve de la pesanteur dans un côté. Si on l'examine, on note l'abolition des vibrations thoraciques sur un très large espace du poumon, de la matité sur ce même espace ; l'oreille constate l'obscurité respiratoire en ce même point, mais ne perçoit ni râle, ni souffle bien nets. Croyant à un épanchement pleurétique, on fait une ponction exploratrice et l'aiguille ne ramène qu'une goutte de sang. C'est la *splénopneumonie grippale*, ou congestion pulmonaire à forme de pleurésie, dont l'évolution sera longue, deux semaines au moins, peut-être cinq et six semaines, faisant craindre alors, et surtout quand elle est localisée au sommet du poumon, de la tuberculose pulmonaire.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'action vaso-paralytique de la toxine grippale s'exerce ici sur une tranche plus ou moins épaisse du poumon, pendant un temps plus ou moins long : la congestion pulmonaire qui en résulte dépend, pour son étendue et sa durée, de la tenacité avec laquelle cette toxine adhère aux tissus impressionnés. En même temps qu'il sera expédient de parer aux dangers immédiats de la congestion pulmonaire en éloignant ou modérant cet afflux sanguin, il conviendra de stimuler tous les émonctoires, rein, peau, susceptibles d'entraîner la toxine cause de tout le mal : ces deux indications primordiales seront remplies dans les deux formes cliniques de congestion pulmonaire.

TRAITEMENT. — La différence de durée de la congestion pulmonaire et de la splénopneumonie grippales permet de prévoir quelque différence dans le traitement de ces deux complications de la grippe.

A. Congestion pulmonaire grippale. — L'état grippal, sur lequel s'est greffée la congestion pulmonaire, était vraisemblablement déjà traité par la quinine. Point n'est utile, lorsque cette complication est soupçonnée ou diagnostiquée, de se priver du bénéfice toujours réel de ce moyen médicamenteux. Au contraire, si la quinine n'était pas ordonnée, il faut la prescrire. **La quinine reste le pivot du traitement de la grippe, même dans ses complications.** Mais en même temps, on répond en hâte aux indications ci-dessus relevées.

Décongestionner le poumon. — Comme dans la bronchite capillaire grippale, les **ventouses sèches** fréquemment répétées, les **sinapismes** seront les moyens à employer d'abord, si le territoire congestionné n'est pas d'emblée trop considérable ; mais, pour que l'effort thérapeutique réponde à l'intensité de la congestion, il conviendra parfois d'avoir recours aux **grands bains chauds** à 37°-38° de vingt minutes de durée, répétés un peu à la façon de la méthode de Brand, ou bien à ces mêmes **bains chauds sinapisés**, à raison de deux à quatre par jour et dans lesquels le grippé restera dix minutes environ.

S'il ne devait pas s'élever dans l'entourage d'objection au moyen suivant, dans bien des cas le **maillot humide** rendrait les plus grands services. Avec de grandes compresses trempées dans l'eau chambrée ou dégourdie et fortement tordues on enveloppe le thorax du malade, sur lesquelles l'on applique ensuite sans serrer une ceinture de flanelle ou bien un maillot doublé de ouate ; rapidement survient la réaction cutanée, la compresse mouillée s'échauffe, on la laisse en place plusieurs heures, pour recommencer ensuite, et entretenir ainsi la dérivation cherchée ; c'est de ce moyen qu'on peut attendre les plus sérieux résultats.

Abstenez-vous de vésicatoires quelle que soit l'intensité de la congestion. Peut-être l'**ergot de seigle**, à raison de 0 gr. 50 par jour en un cachet, aurait-il une action efficace, en cas de crachats hémoptoïques, mais il serait peu prudent de compter beaucoup sur lui.

Stimuler les émonctoires. — Pour assurer la sortie de la toxine grippale la peau et les reins sont les voies normales ; l'expectoration en entraîne certainement ; peut-être aussi le tube digestif. Il convient donc d'agir sur toutes ces voies d'excrétion à la fois où isolément. On dirait que la **poudre de Dower** a été composée exprès pour répondre à cette indication. De cette poudre

Nitre	āā 0 gr. 40
Sulfate de potasse	
Poudre d'ipéca	āā 0 gr. 10
Poudre d'opium	

donnez quotidiennement de trente à cinquante centigrammes en cinq paquets, et secondez son action diaphorétique et expectorante en la donnant tantôt dans de la tisane de bourrache, tantôt dans de la tisane de queues de cerise ou d'uva ursi. Entretenez ces effets plusieurs jours consécutifs, que l'on traversera d'une purgation avec **l'huile de ricin** ou une limonade Rogez.

Soutenir le cœur. — La persistance de la congestion, comme son intensité du reste invite toujours à se préoccuper de l'état du cœur ; quelques prises de **caféine**, quelques pilules de **spartéine**, l'injection d'**huile camphrée**, en cas de défaillance subite, soutiendront efficacement la tonicité cardiaque.

B. Splénopneumonie grippale. — La durée bien plus longue de la splénopneumonie, sa localisation aux sommets parfois, nécessite des moyens un peu spéciaux pour décongestionner le poumon, stimuler les émonctoires, et soutenir l'économie.

Décongestionner les poumons. — Pour réaliser la décongestion continue permanente, les **ventouses** appliquées deux fois par jour pendant quinze jours sont toujours utiles, mais elles deviennent à la longue un moyen douloureux, de même les **sinapismes**. En variant les points d'application des sinapismes, en remplaçant les ventouses par des bains durant un ou deux jours, on laisse à la peau le temps de perdre son endolorissement, sans que la décongestion cesse. On doit en outre dans ces cas penser à un traitement médicamenteux, donner l'**aspirine** qui, comme les salicylates a le double résultat de baisser légèrement la fièvre et diminuer un peu la splénisation pulmonaire Deux cachets par jour, durant quatre à cinq jours consécutifs, de

Aspirine . . . . . 50 centigr. pour un cachet

aideront puissamment à la décongestion ; après deux ou trois jours de repos, on doit revenir à son emploi pour une autre période de cinq jours. Les **pointes de feu** au besoin ne doivent pas être rejetées.

Stimuler les émonctoires. — Plus peut-être que dans la congestion vraie, dans la splénopneumonie les émonctoires doivent être maintenus largement ouverts. La **poudre de Dower**, la **scille**, seules ou combinées de la façon suivante :

Poudre de Dower	2 grammes	
Poudre de scille	1 »	(HUCHARD)

pour vingt cachets : quatre cachets par jour.

seront très utiles et devront être prolongées, avec des intermittences toutefois, dans leur emploi. Au reste, le **lait** donné pour soutenir l'organisme aidera par ses propriétés diurétiques à cette tâche de dépuration. L'**acétate d'ammoniaque** à faible dose, 2 à 5 grammes par jour, stimulant la vaso motricité périphérique sera au besoin un succédané de ces divers moyens digne d'être employé avec chance de succès.

Faire manger le malade, soutenir ses forces malgré son anorexie tout le temps que durera la splénopneumonie est une indication importante aussi ; le médecin ne saurait trop y apporter tous ses soins.

Pneumonie grippale

INFORMATIONS CLINIQUES. — Vers le cinquième jour d'une atteinte grippale qui se manifestait par de la toux pénible et quinteuse et du catarrhe pulmonaire, surviennent de petits frissons, de la dyspnée, un point de côté peu violent, en même temps que la température s'élève. Le lendemain, ce complexus a persisté ; les

crachats sont peu visqueux, mais peu aérés, le pouls est fréquent ; à l'auscultation de la poitrine l'on constate, en plus de la submatité, en un point, un souffle voilé, que recouvrent en partie quelques crépitants, et des sous-crépitants voisins. Les jours suivants, le malade n'expectore pas de crachats rouillés, le tracé de la température ne fait pas un plateau avoisinant 40°, mais tend plutôt à descendre, la dyspnée restant intense toutefois et le pouls rapide. Puis, insidieusement comme lors du début, un autre jour, la température remonte à 40°, et en un autre point des poumons on trouve facilement une région où souffle, crépitants, entourés d'une zone congestive de sous-crépitants, se présentent à l'oreille et d'où viennent des crachats rares, peu visqueux, mais toujours non rouillés. L'évolution de ce second foyer se fait aussi en sa huitaine ; il peut au reste survenir, même au lendemain de ce second foyer, un ou plusieurs autres foyers, qui évolueront indifféremment aux sommets comme aux bases. C'est la *pneumonie grippale*, qui serait mieux dénommée bronchopneumonie grippale.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Dans la pneumonie grippale, un plus ou moins grand nombre de lobules pulmonaires s'engouent successivement, par voisinage ou à distance, ce qui lui donne des apparences de mobilité et de migration, ce qui explique que, même lors de coalescence de foyers éloignés, quand elle est dite pseudolobaire, les phases caractéristiques de la pneumonie classique ne se rencontrent pas. Atypique en effet au point de vue clinique, telle est la pneumonie grippale : insidiosité du début, soubressauts thermiques de son décours, désaccord entre le pouls et la température, lenteur de la résolution, fréquence des manifestations extrapulmonaires concomitantes ou consécutives (otite, méningite, myocardite, néphrite, phlébite, etc.), fréquence des séquelles (pleurésie purulente, abcès et foyers de gangrène pulmonaire). Grave pendant et après son évolution, tel en est le pronostic.

C'est que sur un organisme déjà fortement touché par les toxines grippales une infection microbienne nouvelle s'est installée, streptococcique ou pneumococcique, à tendances suppuratives presque toujours ; et cette symbiose est des plus graves et des plus dangereuses. Ces notions doivent être présentes à l'esprit du médecin qui a à soigner une pneumonie grippale.

D'une part, par suite des migrations successives de l'infection, de l'insidiosité des atteintes et de l'exaltation de virulence que chaque nouveau foyer apporte à l'infection, la durée de la maladie est généralement prolongée ; d'où la nécessité de soutenir l'économie et d'accentuer chaque jour les efforts thérapeutiques tentés dans ce sens. D'autre part, la fréquence des complications doit non seulement éveiller l'attention pour les découvrir de bonne heure, mais encore inciter à tout mettre en œuvre pour les prévenir. Enfin, entre toutes, il est une complication à laquelle dès le début il faut pallier, c'est à la myocardite, dont les manifestations dans le cours de la maladie et la convalescence font courir les plus grands dangers au grippé.

TRAITEMENT. — La fièvre, la dyspnée, l'asthénie cardiaque, l'ataxo-adynamie concurremment avec l'atteinte portée à l'état général sont l'occasion d'interventions quotidiennes, guidées par les indications générales.

Fièvre. — **Dès que le thermomètre monte dans la grippe, on doit augmenter la dose de sulfate de quinine** que l'on avait primitivement prescrite. Cette règle générale s'appliquera aussi dans le cas de pneumonie grippale, à chacun des soubresauts thermiques qui révèlent la naissance d'un nouveau foyer, en suivant du reste leur apparition d'aussi près que possible. De plus, comme il ne faut pas compter outre mesure sur l'action antipyrétique de la quinine, lors de hautes températures, c'est en même temps l'**aspirine**, cet acide salicylique sans action locale sur l'estomac, qu'il faut prescrire, un gramme deux fois ou trois fois par jour pendant peu de temps, ou bien l'**antipyrine**, que j'aime moins à cause d'un collapsus vaso-moteur possible.

C'est en suivant ainsi les dénivellations thermiques avec le thermomètre fréquemment appliqué, que les quantités de quinine et d'aspirine, variables avec la fièvre, seront prescrites.

Dyspnée. — Comme dans la bronchite capillaire, dans la congestion ou dans la splénopneumonie, la **révulsion** sous les diverses formes habituelles sera dirigée contre la dyspnée. Mais, si plusieurs foyers importants évoluaient en même temps ou bien si par la confluence de ces foyers un bloc énorme de poumon était hépatisé, il conviendrait de suppléer dans ce poumon, dont le champ respiratoire serait ainsi rétréci considérablement, à l'hématose languissante par les **inhalations d'oxygène** ; trois à quatre fois par jour le malade respirerait une vingtaine de litres d'oxygène et diminuerait ainsi sa dyspnée et sa cyanose.

Asthénie cardiaque. — Existant dès le début de l'infection, l'asthénie cardiaque doit être l'objet d'un souci constant. **Si la maladie est au poumon, le danger est au cœur,** a dit Huchard à juste raison. Systématiquement donc et de façon précoce, le maintien de la contractilité cardiaque sera recherchée : la myocardite, même simplement soupçonnée, incitera à des moyens plus importants encore

Pour débuter, on administrera la **digitaline** : XXX à

L gouttes de la solution hydroalcoolique au millième de digitaline cristallisée seront prescrites pour un jour, tous les cinq jours jours environ. Dans les intervalles, le **sulfate de spartéine**, ce métromone du cœur, en injections hypodermiques de la solution au vingtième ramènerait les battements cardiaques à un taux peu élevé.

Mais si les battements cardiaques faiblissent et s précipitent quand même, c'est la **caféine** qu'il faut employer, aux doses d'un gramme environ par jour en injections hypodermiques de préférence.

Lorsque des faux pas sont constatés, lorsque les lipothymies surviennent, le danger latent éclate et réclame les injections d'**huile camphrée** au dixième, ou celles de **sulfate de strychnine** au millième, répétées trois et quatre fois par jour, pour en prévenir le retour ; l'**éther** ferait du reste les frais du traitement d'urgence de la syncope. De la prolongation de cette médication dépend du reste l'atténuation ou la disparition des accidents cardiaques, cause fréquente de la mort dans la pneumonie grippale. On ne saurait trop s'attacher à surveiller le cœur.

Ataxo-adynamie. — Le délire, l'agitation, la carphologie, tous phénomènes qui traduisent l'asthénie du système nerveux, peuvent, par leur intensité ou leur persistance, réclamer une intervention. Peu accentués, on ne les combattra pas, quoique leur signification pronostique soit néanmoins sérieuse. Mais s'ils deviennent intenses, la vie est menacée à bref délai, et l'on ne doit rien négliger alors pour les faire cesser. Un **bain tiède** à 30-34 degrés, de quelques minutes de durée, progressivement refroidi à 28 degrés, peut faire se ressaisir le système nerveux qui s'abandonnait ; répétez le bain douze ou vingt-quatre heures après, cette même action sédative et réconfortante se reproduira. Le **drap mouillé**, plus facilement accepté et aussi plus applicable, aboutirait aux mêmes bons résultats.

Etat général. — La prostration apparente et l'anéantissement réel d'un grippé sont augmentés encore lorsque la pneumonie s'est installée. Aussi l'état général doit-il être particulièrement surveillé, si l'on veut jusqu'à la défervescence éviter les défaillances des forces et les maintenir tendues au maximum : Dans ce but, et aussi pour aider à l'élimination des poisons microbiens et médicamenteux, le **lait** sera donné en abondance ; une alimentation exclusivement liquide complètera la ration alimentaire usitée dans les fièvres et consistera en bouillons, œufs, limonade vineuse, tout le temps que la défervescence ne sera pas complète. Le **quinquina** sous forme de vins médicamenteux, l'**alcool** à doses modérées, sous forme de potion de Todd, de vin de champagne, de grog au cognac, devront aussi être d'un usage quotidien.

Enfin il sera souvent utile pour remonter le tonus circulatoire de faire une ou deux fois par jour une injection de cent grammes de **sérum artific el** : les effets en sont remarquables tant sur l'ataxo-adynamie que sur l'état général.

Pleurésie purulente grippale

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. En auscultant attentivement un grippé au cours de sa pneumonie grippale, on aura remarqué qu'à la base la matité était hydrique, les vibrations abolies, que l'égophonie existait de façon évidente ; on aura noté que ces signes de pleurésie ne disparaissaient point les jours suivants, au contraire que la région suspecte grandissait ; puis, en voyant s'aggraver l'état général et la fièvre prendre le type hectique, ou bien à la suite d'une ponction exploratrice, on aura eu la conviction qu'une *pleurésie purulente* s'est formée silencieusement comme d'habitude.

II. Chez un autre grippé, ce sera la persistance durant une quinzaine en un point donné, en arrière et un peu au-dessous de la crête de l'omoplate sur un espace de quelques centimètres de hauteur, d'un souffle doux et d'une matité certaine cependant, qui inclinera sans preuves suffisantes le diagnostic vers une pleurésie interlobaire jusqu'au jour où de petites hémoptysies ou bien une vomique le certifieront sans hésitation possible.

Interlobaire, diaphragmatique, ou portant sur la grande plèvre, cette pleurésie est la compagne trop fréquente de la pneumonie grippale ; primitivement séreuse, elle devient à peu près sûrement purulente, et cet abcès pleural a l'évolution de tous les abcès de quelque volume.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'infection qui a causé la pneumonie grippale cause aussi l'abcès pleural par voisinage ou par transport microbien ; streptocoques, pneumocoques ou autres microorganismes l'habitent par conséquent, saturant l'organisme de leurs toxines, provoquant des fausses membranes de défense qui seront le point de départ de déformations thoraciques en cas de guérison, affaiblissant enfin encore davantage l'organisme qui vient de soutenir l'assaut de la pneumonie.

Supprimer cet abcès est donc l'indication importante ; agir vite n'est pas une moindre nécessité.

TRAITEMENT. — On videra donc l'abcès, et on le videra sans retard. Dès qu'il aura été constaté par une ponction exploratrice, sans demander à des moyens médicaux, qui resteraient inactifs du reste, de diminuer l'épanchement, on fera l'**empyème**. Quels que soient les

microorganismes qui existent dans cet abcès, la thoracentèse, même répétée à plusieurs jours de distance, serait insuffisante.

Pas de ponction donc, mais la pleurotomie, telle doit être la règle. La pleurotomie sera large, au point d'élection, sans résection costale si l'on est intervenu sans tarder et s'il n'y a pas de déformation. Un drain, assurant complètement l'écoulement du pus, sera mis à demeure; et des lavages fréquents de la plèvre préviendront la stagnation purulente dans l'abcès.

Une fois l'empyème vidé, si le pus était à prédominance de streptocoques et si les reins étaient bien perméables, on n'aurait qu'à se louer pour une rapide convalescence d'injecter de **sérum antistreptococcique** quelques cinquante ou cent centimètres cubes, qui exalteraient la phagocytose vis-à-vis de ce germe et, en empêchant la repullulation, tariraient plus vite la suppuration.

Les soins donnés à l'état général se continueront dans le mois qui suivra l'opération de l'empyème, de façon à ce que, l'abcès vidé, tous les efforts de la nature soient utilisés pour sa détoxinisation et la récupération des pertes en albumine, sels, fer, etc.

PROPHYLAXIE

Prophylaxie générale. — S'efforcer de préserver de la grippe une région ou une localité est du ressort de l'hygiène publique. Cette prétention louable n'est guère réalisable dans l'état actuel de nos connaissances et soulève des questions délicates que le praticien est rarement appelé à résoudre.

Il sera peut-être appelé cependant à donner son opinion sur la licenciement des écoles. Et alors il la conseillera, un peu au hasard, ignorant si les cas intérieurs qui l'imposent n'ont pas leur origine dans les familles et si une grippe en incubation ne va pas infecter une famille.

Prophylaxie individuelle. — Prémunir contre la grippe, protéger contre les infections secondaires le malade qui en est atteint, tels sont les deux buts poursuivis par le praticien, que l'on consulte sur ce point.

I. Conseillez d'abord, surtout si l'immunité vaccinale touche en apparence à sa fin chez le consultant, de **se faire revacciner** ; depuis plusieurs années plusieurs médecins se sont fait l'écho de cette opinion qu'une récente vaccination protège contre la grippe.

En même temps, et sans trop attendre du vaccin, prescrivez pendant plusieurs périodes alternées de huit jours un cachet de 25 centigrammes de **sulfate de quinine** chaque jour ; l'expérience pendant l'épidémie de 1890 a été convaincante dans plusieurs corps de troupe.

Il conviendrait, pour avoir toute sécurité, de pratiquer l'**isolement**, si l'isolement était praticable pour ceux qui ne sont pas atteints. Mais devant cette impossibilité on leur recommandera de **ne pas approcher les grippés.**

D'autre part, l'**isolement des grippés sera réalisé** aussi complètement que possible, en écartant les visites, en limitant le nombre des personnes qui donnent les soins, par exemple. La désinfection complète et hâtive des diverses sécrétions des grippés ne sera pas moins utile dans ce sens ; l'eau bouillante pour les crachats, le sulfate de cuivre pour les selles, la lessive immédiate du linge souillé, seront de mise ici comme dans toute maladie infectieuse. **La désinfection, une fois la maladie terminée, de la literie, des tentures, ne sera surtout pas négligée.**

II. Il est plus facile de s'immuniser contre les infections secondaires que contre la grippe. Tous les moyens visent à diminuer la virulence des microorganismes qui habitent les voies de pénétration des germes.

Le **salol**, le **naphtol** assureront l'antisepsie du tube digestif et pendant quatre jours consécutifs on prendra quatre par jour des cachets suivants :

Salol.....................	āā 25 centigrammes
Benzonaphtol.............	

pour un cachet ; faire vingt cachets semblables.

Des lavages minutieux de la gorge et des fosses nasales avec de l'**eau thymolée** à 2 pour mille ou avec la solution antiseptique :

Thymol.................	0 gr. 25 centigr.
Acide phénique.........	1 gramme
Acide borique..........	20 grammes
Eau....................	un litre

feront le même office pour les premières voies respiratoires : les fréquents rinçages de la bouche avec quelques gouttes d'**eau de Botot** dans un verre d'eau sont aussi à recommander tout le temps que dureront les menaces de grippe dans l'entourage ; de même les pulvérisations à l'**huile mentholée** au centième, comme le dépôt aux orifices du nez de **vaseline boriquée**.

III. Il est enfin une prophylaxie de la rechute de grippe, qui consiste à redoubler de précaution pendant la convalescence et à ne quitter la chambre que trois jours après l'apyrexie complète.

Se rappeler toujours que **la grippe ne veut pas être méprisée.**

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Cet aimable fantaisiste qui fut Albert MILLAUD, s'était occupé des doctoresses dans une odelette aujourd'hui oubliée et que nous avons été heureux de retrouver dans le *Figaro* du 18 décembre 1888, pour la communiquer à nos lecteurs. Elle était adressée à Mlle SCHULTZE, doctoresse.

Donc te voilà doctoresse,
Sainte ivresse !
Qu'il a palpité, ton sein
Quand, dans le vieil idiome,
Un diplôme
Te proclama médecin.

Donc. vous le voulez, mesdames !
Vous, ô femmes,
Vous le parfum, la beauté,
Vous l'amour, vous les caprices,
Les délices,
Le charme et la volupté.

Vous que tous, tant que nous sommes,
Faibles hommes,
Nous adorions à genoux,
Vous dont la vie était faite
Pour la fête
Et les joyeux rendez-vous.

Vous dont la lèvre se pose
Fraîche et rose
Sur notre front soucieux,
Vous chez qui l'on allait rire
Et s'instruire
De riens très délicieux.

Vous vous mettez la cravate
D'Hippocrate
Et de Purgon le camail.
Adieu, délice et mystère,
Le clystère
A remplacé l'éventail.

Vous parlez anatomie,
O ma mie :
Effroyable assassinat !
Si l'on vous dit : « Je t'adore,
Dis encore »,
Vous répondrez « Rubinat » !

Sur le carnet aux quadrilles
Où les filles
Inscrivaient le danseur brun,
Vous écrivez des formules
De pilules
De kermès et de nerprun.

Vos yeux faits pour les extases
Dans les vases
Plongeront. en attestant
Que la matière « ineffable »
Est louable
Ce sera bien dégoûtant !

Et quand l'époux que tu leurres,
Vers onze heures,
Voudra t'embrasser sans bruit,
Tu lui diras, infidèle :
« On m'appelle
A la sonnette de nuit... »

Albert MILLAUD.

(*Centre Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Parmi les récentes nominations d'**Officiers de l'Instruction publique**, nous relevons avec satisfaction, celles de MM. les docteurs LOOTEN et DUTILLEUL, de Lille. Que notre excellent confrère et cher collaborateur LOOTEN reçoive ici toutes les affectueuses félicitations de la rédaction de l'*Echo médical du Nord*, pour la distinction si bien gagnée qui lui échoit !

— Parmi les officiers d'académie dont on trouvera plus loin la liste complète, nous soulignerons celles de MM. les docteurs BOUTRY, de Lille ; CLOEZ, du Cateau ; DUBAR, d'Armentières ; GARDIN, d'Avesnelles ; HENSEVAL, de Béthune ; HORNEZ, de Crespin ; LULING, de Ville-en-Tardenois ; MERLIER, de Carvin ; MOREL, d'Hesdin, qui appartiennent à la région du Nord et que nous félicitons volontiers.

— Dans le récent décret du 3 février 1903, qui nomme dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale du **corps de santé militaire**, nous relevons comme intéressant notre région, les nominations de MM. les docteurs BENINSON, de Lille ; HÉMERY, de Lens ; GÉRARD, de Lille ; MANESSE, de Bertry ; GUIDEZ, de Tourcoing ; DEHAY, de Marnes ; LECLERCQ, d'Arras ; COLLE, de Lille ; RALLIER du BATY, de Berck ; DURIEUX, de Pont-sur-Sambre ; BACHMANN, de Saint-Pol-sur-Mer ; DEROY, de Croix ; BLEUZE, de Lille ; CHEVALIER, de Sains ; ; DAMIENS, d'Hersin-Coupigny ; FAIDHERRE, de Roubaix ; DEBUSCHÈRE, de Roubaix ; STÉRIN, de Fillièvres (Pas-de-Calais) ; KNOLL, de Sedan (Ardennes) ; BRIDOUX, de Beuvry ; LAGACHE, de Tourcoing, comme *médecin aide-major de deuxième classe de la réserve*.

SOUTENANCE DE THÈSES

M. M.-J.-J.-B.-G.-Victor PUJEBET, de Montbron (Charente), a soutenu avec succès, le lundi 9 février, sa thèse de doctorat (6e série, n° 118), intitulée : **De la perforation de la vésicule biliaire au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde**.

Distinctions Honorifiques

Médaille de sauvetage. — M. le docteur MACHETOU, d'Alger, reçoit une mention honorable pour a te de courage, M. LARTIGUE, étudiant en médecine, un témoignage officiel de sa isfaction pour tentative de sauvetage.

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs AMELINE, de Saint-James ; ANTELMY, de Carcès ; BARATIER, de Jeugny ; BARBILLION, de Paris ; BATTLE, de Perpignan ; BAUDRIMONT, de Bordeaux ; BENOIST, de Vannes ; BENOIT, de Paris ; BERTRAND, de Roanne ; BESSON, de Saint-Jeoire en-Faucigny ; BESSON, de Madagascar ; BONNET et BOUTIN, de Paris ; BROQUET, de Gonesse ; BOSSARD et CANUET de Paris ; CAZAUX, d'Oloron ; CHATENET, de Paris ; COMBALAT, de Marseille ; COULON, CULAN et DELAUNAY, de Paris ; DELEPOUVE, d'Heuchin ; DEPIERRIS, de Paris ; DUBRAC, de Magnac-Laval ; DUFESTEL, de Paris ; DUTILLEUL, de Lille ; FUZET du POUGET, de Casteljau ; GAILLARD, de Torcy ; GELIS, de Cahors ; GERSON, de Paris ; GIMOT, de Guéret ; GOURAUD, de Paris ; GRENET, de Tierré ; GROMOLARD, du Vésinet ; GUILLAUME, de Guilllestre ; HENRYET de LAUNEY, de Paris ; JACQUELIN, de Nully ; LABATUT, de Dax ; LAFAY, de Paris ; LECLERC, de Soubise ; LEFÈVRE, de Paris ; LOOTEN, de Lille ; MACLAUD, de Paris ; MALTESTE, de Ruffec ; MARTIN, de Paris ; MATHIEU, de

Saint-Rémy-en-Bouzemont ; MENGEAUD, de Nice ; MICHAUX, MONTOYA, PALLIER, PÉCHIN, PÉTRE, POTIN et RENAULT, de Paris ; SANTELLI, de l'Ile-Rousse, Corse ; SOTTAS, de Paris ; SOULAYRAC, de Narbonne ; VALETTE, de Cahors ; WARD et WILLEMIN, de Paris.

Officiers d'académie.— ALOMBERT, de Monsauche ; ANDRÉ, du Mont-Dore ; AUBIN, de Cuers ; AZOULAY, d'Alger ; BARAU, de Saint-Leu Taverny ; BARILLET, de Reims ; BARILLON, d'Alger ; BEAUDOIN, de Corlay ; BEAUVOIS, de Neuilly-sur-Seine ; BERNARD, de Juvisy ; BLITZA, de Marseille ; BOOB, de Lœugan ; BOUTRY, de Lille ; BOUVARD, au Gua ; BOUVRET, de Frasne-le-Château ; CAMPAGNE, d'Isle-sur-Sorgue ; CAMPINCHI, de Calcateggio ; CAMUS, aux Lilas ; CHARRY, de Toulouse ; CHAUVEAU, de Coulange-l'Autize ; CLŒZ, au Cateau ; COLAS, d'Epinay ; COMBES, de Jemmapes ; COMPAGNON, de Salins ; COMPAIRS, de Podensac ; DARQUIERS, de Cahors ; DAVID, de Thourotte ; DEGOUL, de Vic-sur-Cère ; DELFAU, de Vincennes ; DESMAROUX, de Vichy ; DUBAR, d'Armentières ; DUBOURDIEU, de Pau ; DULAU, de Capbreton ; DUTARD, de Gouin ; FABRE, d'Ain-Bede ès ; FAVRE, de Villerveversure ; FERRICELLI, de Bastia ; FOUASSIEZ, de Chalais ; FRÈCHE de Bordeaux ; GAILLARDIE, de Toulon ; GAILLARDON, d'Aubeterre ; GARDIN, d'Avesnelles ; GARNIER, de Dunières ; Goubault, de Champtocé ; GRAND, de Montréjean ; GRANEL, de Saint-Mandé ; GRILHAUT des FONTAINES, de Bois-Colombes ; GRILLOT, d'Autun ; GUERIN, de Bastia ; GUGGEMOS, de Brie-Comte-Robert ; GUICHON, de Bouchoux ; GUILLON, d'Egleny ; HALLARE, à Bois-Colombe ; HENSEVAL, à Béthune ; HERNETTE, de Puteaux ; HEZARD, de Maizières ; HORNEZ, de Crespin ; HUMBERT, de Taninges ; JAOUL, de Sucy-en-Brie ; JAUGEY, de Dieppe ; L. LABORDE, de Montbron ; LALANNE, du Bouscat ; LARNAUDIE, de Saint-Pierre-en-Toirac ; LEJEUNE, de Moulins ; LE NAGUET, de Nogent-sur-Marne ; LOURADOUV, d'Eygurande ; LULING, de Ville-en-Tardenois ; MADEUF, du Mont-Dore ; MANIÈRE, d'Estrées-Saint-Denis ; MARGNAT, de Caudey ; R. MARTIN, de Moulins-Engelbert ; F MARTIN, à Sassenage ; MASSIER, de Nice ; MASSONI, de Calvi ; MERLIER, de Carvin ; MILLET-LACOMBE, de Saint-Pardoux-la-Rivière ; MONTAGNON, de Saint-Etienne ; MOREL, d Hesdin ; MOULADE, d'Escussefort ; NAUDIN, d'Oran ; PERRIN, de Saint-Claude ; PETRUCCI, de Saint-Jemme-sur-Loire ; PEYREGA, d'Espareich ; PEYROT, de Neuilly-sur-Seine ; PICOT, de Bordeaux ; PINARD, d Angoulême ; PIOT, de Sainte-Barbe-de-Trélat ; PLATON, de Marseille ; POUSSARDIN, de Blamont ; PUIG, de Perpignan ; PUISTIENNE, de Chennebrun . QUERE, de Guerlesquin ; RAYROLLES, de Pierrefort ; REBOUL, de Nîmes . RELLAY, de Versailles ; REVEIL, de Rilleux ; ROBERT, de Guiscart ; DE ROCCA SERRA, de Sartène ; RUFFIÉ, de Geme as ; SALVAN, de Mirebeau ; SAUNIER, de Xertigny ; SERVEL, de Lorient ; SIROT, de Flavigny-sur-Ozerain ; STEEG, de Dieppe ; TEYSSANDIER, de Lugon ; THIAUDIÈRE, de Lussac-les-Châteaux ; VALMYRE, d'Hyères ; VALOIS, de Fécamps ; VANDERQUAND, de Saintes ; VEZEAUX DE LAVERGNE, de Confolens ; VIEILLARD, de Ribemont.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

4e et 5e SEMAINE, DU 18 JANVIER AU 31 JANVIER 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	23	13
3 mois à un an	11	9
1 an à 2 ans	7	1
2 à 5 ans	7	5
5 à 10 ans	2	4
10 à 20 ans	4	4
20 à 40 ans	11	20
40 à 60 ans	20	19
60 à 80 ans	28	19
80 ans et au-dessus	4	9
Total	117	103

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	2	»	»	6	»	»	»	»	»	5	16	15
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	3	»	»	»	»	»	»	2	5	4	1	»	»	6	1	»	»	»	»	6	28	23
Moulins, 24,947 hab.	3	»	»	»	»	»	1	»	6	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	7	24	31
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	3	1	9	»	»	9	»	3	»	2	»	8	37	54
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	»	»	1	»	3	2	2	»	»	3	1	»	1	»	»	7	20	25
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	3	»	»	»	»	»	»	1	2	3	1	»	»	2	»	»	»	1	»	11	24	24
Esquermes 11,381 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»	»	2	»	»	»	»	»	13	22	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	12	13
Fives, 24,191 hab.	5	»	»	»	»	»	»	3	3	3	1	»	»	5	1	1	»	»	»	12	32	37
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	2
Sud, 5,908 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	13
Total	21	»	»	1	»	»	2	10	27	13	24	»	»	47	3	5	1	3	»	74	220	250

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 319. Septième Année N° 8 Le Numéro : 10 centimes. 22 Février 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Variole et Vaccine (1)

Par **M. C. Guérin**, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

MESDAMES, MESSIEURS,

La variole est une maladie éruptive, fébrile, contagieuse, inoculable, n'attaquant l'homme en général qu'une fois en sa vie. Signalée pour la première fois au VIe siècle de l'ère chrétienne, on la retrouve au XVIe siècle universelle et terrible.

Elle se manifeste le plus souvent sous la forme épidémique, et c'est sous cette forme qu'elle a prélevé sur l'humanité son plus large tribut. SIMON comparait l'envahissement du fléau, avant l'application de la vaccine, à ces armées de locustes qui s'abattent sur les vignobles et les pâturages, convertissant en désert ce qui était tantôt encore fraîcheur et fertilité. Et ce n'était pas trop dire ; là où la variole sévissait, elle était sans merci, couchant sur le sol des nations entières, comme fait l'ouragan d'un champ de blé. Elle a dépeuplé Saint-Domingue, Messine, le Brésil, l'Amérique du Nord, où elle a prêté son concours aux horreurs de l'invasion européenne. Plus cruelle que les conquérants, elle a frappé 3 millions et demi d'indigènes mexicains, sans en épargner assez pour suffire à l'ensevelissement des morts. DE LA CONDAMINE rapporte que vers 1563 elle a ravagé plus de 100.000 Indiens dans la seule province de Quito. Trente millions de blancs, dit M. CATLIN, se battent aujourd'hui, pour la jouissance de l'or, sur les os et les cendres de 20 millions d'hommes rouges, dont 6 millions sont tombés victimes de la variole, tandis que la baïonnette, le sabre et le wisky fauchaient le reste.

Partout où la maladie sévissait alors, c'était ce même tableau que nous retrouvons encore dans les temps modernes, parmi les peuples auxquels les bénéfices de la vaccine avaient été refusés. Écoutez dans son effroyable horreur ce qui s'est écrit sur l'épidémie de variole qui a sévi sur les Indiens en 1837 : « L'appareil symptomatique n'a d'égal au point de vue de l'épouvante que la rapidité de la propagation. Elle frappe l'individu et l'enlève en quelques heures. Aussitôt après la mort, le corps devient noir et se gonfle jusqu'à acquérir le triple de son volume. Les médecins sont sans puissance et les hôpitaux sans utilité. Les ouvriers européens ne font, pendant des semaines, que d'enterrer les morts. De la tribu des Mandans, réduite déjà par divers désastres au chiffre

(1) Conférence faite le 4 décembre à l'*Union française de la Jeunesse*.

de quinze cents, il ne demeura que 30 hommes ; tout le reste avait péri. La tribu voisine était en chasse quand le fléau vint la surprendre et enlever en peu de temps la moitié de ses membres. La prairie qui entoure leur camp s'était transformée en un vaste champ funéraire tout couvert de cadavres privés de sépulture et répandant au loin l'infection et la pestilence. »

La variole épidémique est bien plus grave que la sporadique ; celle-ci ne tue guère que le 1/6 ou le 1/8 des malades ; dans l'autre, la mortalité peut s'élever au 1/4 et même au 1/3. Avant la vaccine, la variole était la plus meurtrière des maladies. La variole possède, à l'inverse du choléra par exemple, deux modes de contagion : la contagion immédiate et la contagion diffuse. Le virus, en effet, est contenu d'une part dans le liquide des pustules, de sorte que tout contact de ce liquide avec une partie de peau privée d'épiderme peut injecter un organisme sain par contagion directe. Et, d'autre part, le virus est contenu dans les particules organiques résultant de la dessiccation des pustules. Ces particules se détachent à un moment donné et, grâce à leur divisibilité et à leur mobilité, deviennent des agents de transmission à distance, lesquels sont capables de contaminer après un long intervalle des individus n'ayant jamais eu de rapports immédiats avec un varioleux. A l'état de siccité, le virus a une tenacité extrême ; intimement uni aux débris organiques qui lui servent de véhicule, il est déplacé avec eux, mais non modifié par les courants atmosphériques ; il reste indéfiniment celé, mais indéfiniment puissant dans les objets qui ont servi aux malades ; et si, après un long intervalle, il est enfin absorbé par un organisme en état de réceptivité, il témoigne par des effets non douteux qu'il n'a rien perdu de sa virulence primitive.

La virulence variolique est subordonnée à la réceptivité organique non seulement quant au degré de ses effets, mais aussi quant à leur production. Le fait d'une immunité naturelle totale est prouvé par le grand nombre des individus qui échappaient à toute atteinte dans les épidémies de variole antérieures à la découverte de la vaccine. Le fait de l'immunité partielle et variable, suivant la réceptivité individuelle, est établi par l'intensité variable des effets du virus chez divers malades dans le même temps et dans le même lieu.

La réceptivité pour le virus variolique est égale pour les deux sexes. Elle existe à tout âge, même chez le fœtus : elle est de tous les pays et de toutes les races ; mais, à de rares exceptions près, elle est totalement éteinte par une première attaque de variole ; l'immunité ainsi obtenue n'est pas absolue : elle a seulement pour effet de substituer la forme bénigne de l'infection à la forme grave, mais cette propriété substitutive s'affaiblit à mesure que l'individu s'éloigne de l'époque de l'attaque, et elle n'est restaurée que par une nouvelle imprégnation variolique ou vaccinale.

Cette loi de l'immunité variolique, commune avec d'autres fièvres éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole, a été depuis longtemps confirmée par l'observation et promulguée par l'opinion, bien qu'elle comporte d'assez nombreuses exceptions.

C'est sur elle que reposa la pratique de l'inoculation prophylactique, méthode qui consistait on le sait, à donner la variole aux gens pour qu'ils ne la prissent point. Les circonstances avaient fait découvrir que cette maladie sévissait avec moins de rigueur quand elle était communiquée artificiellement et que, lorsque l'éruption ne trouvait à percer qu'une peau fine et délicate, elle ne laissait guère d'impression sur le visage.

On avait reconnu également qu'une variole faible, ébauchée, préservait à l'égal de la plus intense.

De là à imaginer la variolisation, il n'y avait qu'un pas, et il dut être bientôt franchi. On ne sait pas à quelle époque elle remonte ; ce qu'on sait, c'est qu'elle était, dans les temps les plus reculés, une opération vulgaire dans la Géorgie et la Circassie, où le désir de conserver la fraîcheur du visage à leurs filles, appelées à fournir de beautés les harems du Grand Seigneur et du Sophi de Perse, a inspiré de bonne heure à leurs parents, si l'on en croit Voltaire, ce moyen de préservation.

Bien avant que la variolisation fût en honneur en Orient, elle était en usage en Chine, et voilà la recette dont on se servait là-bas pour semer la petite vérole : « Quand on trouve un enfant depuis un an jusqu'à sept, dont la petite vérole est sortie heureusement avec tous les caractères de la bénignité, on recueille les écailles ou pellicules des pustules desséchées, on les enferme dans un vase de porcelaine, dont on ferme bien l'ouverture avec de la cire. Si ces écailles sont petites, on en prend quatre ; si elles sont grandes, on en prend deux ; on y mêle le poids d'un *li*, c'est-à-dire un peu plus d'un grain de musc ; en telle sorte que le musc se trouve serré par deux écailles. — On met le

tout dans du coton en forme de tente, qu'on insinue dans une des narines de l'enfant, qui doit avoir plus d'un an et n'être attaqué d'aucune autre maladie.

Si les pustules ne paraissent qu'au troisième jour, on peut être assuré que de 10 enfants on en sauvera 8 ou 9; si elles sortent dès le deuxième jour, il y en a la moitié qui courent grand risque ; mais, si elles sortent le premier jour que la fièvre se déclare, on ne peut répondre de la vie d'aucun d'eux. C'est pourquoi il y avait des médecins chinois qui n'approuvaient pas que l'on procurât la petite vérole aux enfants. »

Ces renseignements que je vous donne simplement à titre documentaire vous montrent à quelles extrémités on se trouvait réduit pour atténuer les ravages de la variole ; aussi est-ce avec un véritable soulagement que nos ascendants de la fin du XVIIIe siècle apprenaient qu'un observateur de génie, Jenner, avait substitué à l'inoculation variolique, souvent dangereuse, l'inoculation vaccinale toujours inoffensive.

La vaccine est une maladie spécifique caractérisée par des papules pustuleuses qu'on voit se développer accidentellement sur divers animaux, tels que le cheval, la vache, le mouton. Chez le cheval, les pustules se manifestent de préférence sur les lèvres et les naseaux, ainsi que sur les talons ; chez la vache, elles se rencontrent presque exclusivement au pis et aux trayons. On l'appelle horse-pox chez le premier, cow-pox chez la seconde. Le vaccin possède des propriétés virulentes actives : inoculé à l'homme ainsi qu'à la vache ou au cheval, il produit une éruption semblable à celle dont il provient et offrant une grande analogie, pour ne pas dire une identité absolue, avec celle de la variole.

La variole est une maladie qu'on ne contracte en général qu'une fois dans sa vie. Une première attaque préserve ordinairement d'attaques ultérieures. L'inoculation du vaccin a le même effet. Elle préserve de la variole.

Le mot vaccine s'emploie pour désigner la maladie éruptive dont le vaccin est le produit. On s'en sert aussi pour désigner l'opération même par laquelle on inocule le vaccin.

Depuis près d'un siècle, la question de savoir si le vaccin qu'on emploie pour se préserver de la variole provient originellement de la vache ou du cheval fait l'objet des discussions les plus suivies dans le monde médical.

Quand Jenner eut établi qu'un certain nombre de personnes qui étaient occupées à soigner et à traire les vaches se montraient réfractaires au virus varioleux qu'il leur inoculait, il reconnut qu'elles devaient cette immunité, à ce qu'elles avaient contracté précédemment, sans doute par des plaies qu'elles devaient avoir aux mains, une maladie pustuleuse qu'elles rencontraient sur le pis de ces animaux. Jenner fut conduit à admettre que ceux-ci avaient eux-mêmes pris la maladie des chevaux avec lesquels ils avaient été directement ou indirectement en rapport. « Il y a, dit-il, une affection à laquelle le cheval est fréquemment sujet par suite de sa domesticité. C'est une inflammation et un gonflement dans le talon ; il s'en écoule une matière qui possède des propriétés d'une espèce toute particulière, car elle semble capable d'engendrer dans le corps humain une maladie qui a une si forte ressemblance avec la petite vérole que je considère comme très probable qu'elle doit être la source de cette dernière. Mais il faut auparavant que cette matière ait subi une modification. Dans cette contrée laitière, il y a un grand nombre de vaches, et le soin de les traire est laissé indistinctement à des hommes et à des servantes. Il peut arriver que l'un de ceux-là, après avoir pansé les talons d'un cheval affecté de la maladie qui nous occupe, n'ait pas pris soin de se laver les mains et se soit mis à traire les vaches sur les mamelles desquelles ses doigts ont déposé quelques particules de la matière infectieuse qui y était restée adhérente. Lorsqu'il en est ainsi, une maladie est communiquée aux vaches, aux vachers, aux filles de service, laquelle se propage dans toute la ferme, à tel point que le troupeau tout entier et tous les domestiques en ressentent les conséquences.

Ce passage dit explicitement que Jenner admettait comme origine du vaccin une maladie du talon du cheval, qui, transmise à la vache par des souillures versées sur les mains des hommes ayant pansé les chevaux malades, se transforme en vaccine, en cow-pox.

La question en resta là pendant plus de 50 ans, jusqu'en 1860, alors que, sous l'impulsion donnée par Jenner lui-même, la vaccination humaine de bras à bras était reconnue comme le seul préservatif efficace et sans danger contre la variole. Au printemps de 1860 éclata tout à coup à Rieumes non loin de Toulouse une épidémie parmi les chevaux ; en moins de trois semaines, on comptait plus de cent malades. La petite vérole régnait en même temps dans les environs.

La maladie était caractérisée par l'apparition de pustules sur différentes parties du corps, particulièrement autour des pieds, au nez et aux lèvres.

Au nombre des malades de cette épizootie se trouvait une jument, la jument de M. Corail ; c'est elle qui a fourni la matière de l'inoculation dont je vais vous parler.

Pendant un voyage qu'elle fit de Rieumes à Toulouse, cette bête, plus nonchalante que de coutume, semblait souffrir des reins ; le lendemain, elle commença de boiter, et presqu'en même temps les membres postérieurs s'engorgèrent, surtout celui du côté droit. Huit jours après, on observait de la gêne dans la flexion du membre postérieur gauche, en même temps, que sur le gonflement siègeant à la partie inférieure, s'élevaient ça et là des faisceaux de poils hérissés et, sous ces poils, quelque chose comme des pustules d'où s'écoulait une matière liquide à odeur ammoniacale.

Le 25 avril, c'est-à-dire huit jours après l'invasion de l'éruption, M. Lafosse prit avec la lancette la matière d'une pustule et l'inocula publiquement à une jeune vache par une piqûre à chaque trayon. Le 30, les pustules commencent à rougir.

Le 3 mai, il y a aux trayons cinq pustules plates, larges, fermes, rondes, creusées d'un ombilic. Ce sont à n'en pas douter, des boutons de vaccine.

Le 4 mai, en présence d'une Commission, nouvelle inoculation de ces derniers à une autre vache. Succès complet.

Le 11, le virus est reporté sur un cheval qu'on inocule au museau ; il naît de cette inoculation plusieurs pustules, qui servent à vacciner un enfant auquel elles donnent six magnifiques pustules.

A l'aspect de ces pustules il était impossible d'en méconnaître la nature. Tous les sujets sur lesquels le produit en fut reporté, vaccinés peu de temps après avec le vaccin en usage, y furent réfractaires, comme ils l'eussent certainement été à la variole. L'épreuve était complète.

Il était donc expérimentalement démontré que les boutons de vaccine que l'on voit parfois sur le pis des vaches avaient une origine nettement équine. — Mais, aussitôt ce fait connu, une question autrement grave, autrement intéressante, venait se poser, question encore brûlante aujourd'hui et dont la solution ne paraît pas devoir être apportée de sitôt : si la vaccine inoculée préserve de la variole, et réciproquement, les virus de ces deux affections constituent-ils deux individualités différentes, ou bien ne sont-ce qu'un seul et même agent modifié, doué de propriétés différentes dans l'un et l'autre cas, atténué enfin dans la vaccine, alors que l'activité variolique serait son apanage ancestral ?

Vous pouvez prévoir l'importance de cette question, et immédiatement deux camps scientifiques unicistes et dualistes se formèrent et firent entrer la discussion dans sa phase épique ; car l'une et l'autre opinion étaient défendues et combattues par des hommes dont la science n'avait d'égal que le talent oratoire; et la fermeté de leurs convictions respectives, faisait surgir à chaque séance de l'Académie des arguments de valeur égale, et la question se compliquait, loin de s'élucider.

Déjà, à la séance du 27 mai 1862, M. Depaul avait dit : « Il y a donc un seul et même principe morbide qui agit sur les chevaux et sur les vaches et qui, inoculé à l'homme, produit la vaccine, laquelle n'est pour moi qu'une variole modifiée, mitigée. »

Dans la séance du 1er décembre 1863, le même auteur reprit ce thème, développé dans une série de propositions qu'il avait déposées sous pli cacheté dans une séance précédente et qui étaient ainsi conçues :

Il n'existe pas de virus vaccin.

Le prétendu virus vaccin, que l'on considère comme l'antagoniste, le neutralisant du virus varioleux, n'est autre que le virus varioleux lui-même.

Les espèces chevaline et bovine sont sujettes à une maladie éruptive qui est identique quant à sa nature avec la variole de l'espèce humaine.

La variole du cheval s'inocule facilement à la vache et de la vache à l'homme.

La variole de l'homme s'inocule facilement à la vache et au cheval. Toutefois la variole des animaux est moins grave que celle de l'espèce humaine.

Ces conclusions furent aussitôt vivement combattues par Bousquet, qui, entre autres objections, y a fait les suivantes, lesquelles peuvent les résumer toutes :

S'il y a, dit-il, de grandes analogies entre la variole et la vaccine, il y a entre elles aussi de nombreuses dissemblances qu'il ne faut pas taire.

La variole est souvent épidémique, la vaccine jamais.

La variole se transmet par inoculation directe et par absorption des miasmes dégagés dans l'atmosphère par les malades. La vaccine ne se transmet que par inoculation.

La variole naturelle est une maladie très grave, la vaccine est toujours bénigne.

Que M. DEPAUL, dit-il, recommence les expériences de THIÈLE et de CEELY, qu'il inocule la variole à la vache et que celle-ci lui rende la vaccine, et tout sera dit. Rien ne le sera jusque-là.

M. DEPAUL n'a pas été ébranlé par cette argumentation, à laquelle il répondit dans la séance du 8 mars 1864. Son discours se termina par la conclusion suivante : « Le virus vaccin, en tant que virus spécial complètement distinct du virus varioleux, n'existe pas. »

Ce fut à la suite de ce long débat que la Société des Sciences médicales de Lyon conçut le projet de demander à l'expérimentation des données que le raisonnement avait été impuissant à lui fournir et qu'elle nomma la fameuse Commission lyonnaise dont MM. CHAUVEAU, VIENNOIS et MEGNET furent les rapporteurs. Les travaux de cette Commission portèrent sur la question de la transmission de la variole humaine à la vache et au cheval. Après avoir, dans de multiples expériences, variées à l'infini, constaté la différence d'aspect de l'éruption variolique et de l'éruption vaccinale, elle concluait, par la voix très autorisée de M. CHAUVEAU, à la non-identité des deux affections. Variole et vaccine étaient deux maladies différentes.

Cette conclusion, tombée d'aussi haut, devait faire sommeiller la question pendant 25 ans. Elle fut tirée de l'oubli par HACCIUS en 1892. Cet auteur, par un procédé de technique spécial, parvint, en inoculant des génisses avec de la lymphe variolique, à reproduire la vaccine. Ses expériences, solidement étayées, présentent un faisceau d'arguments très décisifs en faveur de la doctrine uniciste.

Depuis la transformation de la variole en variolo-vaccin, l'auteur et ses élèves ont vacciné un nombre considérable d'individus sans aucun accident. C'est ce variolo-vaccin que l'on trouve aujourd'hui dans le commerce sous le nom de vaccin suisse.

M. CHAUVEAU, qui n'avait pas désarmé, fit un long réquisitoire contre ce variolo-vaccin, et, son immense autorité reprenant le dessus, on peut dire que la question est aussi neuve qu'il y a 40 ans ; les deux camps unicistes et dualistes se reposent de leurs fatigues en dormant sur leurs positions respectives.

Je vous prie de m'excuser de vous avoir donné ces détails quelque peu fastidieux, mais ils vous montrent quelles doivent être la vertu et l'efficacité de la vaccine pour avoir survécu à toutes ces tribulations et avoir acquis droit de cité par sa bénignité et son rôle dans l'immunité variolique.

Qu'est-ce donc que l'immunité et quelle est son essence ?

On dit qu'un organisme possède l'immunité à l'égard de telle ou telle maladie lorsqu'il est réfractaire à cette maladie, c'est-à-dire que, même placé dans un milieu infecté par cette maladie, il ne la contractera pas.

L'immunité est entièrement sous la dépendance de la résistance organique et est exclusivement l'apanage de l'individualité qui en jouit.

L'immunité, d'après METSCHNIKOFF, n'est que la conséquence de l'énergie cellulaire. Vous n'ignorez pas, en effet, que le sang est constitué par un liquide incolore, le sérum, tenant en suspension une infinité de globules, dont les uns, de beaucoup les plus nombreux, sont rouges ; les autres, plus rares, sont incolores ; on les appelle les globules blancs. Les premiers, les rouges, ne sont utilisés que pour véhiculer dans toutes les parties de l'organisme l'oxygène dont ils se sont chargés dans les poumons ; les autres, les blancs, véritables gardiens de la santé, sont préposés à l'absorption et à la digestion de tous les corps étrangers qui, accidentellement, peuvent entrer dans la circulation. Au nombre de ces corps étrangers, sont en premier lieu les microbes dont la ténuité fait qu'aucune porte n'est trop petite et dont la pénétration dans le sang se fait fréquemment. Aussitôt après cette introduction, les globules blancs entrent en jeu, cernent l'ennemi commun, l'enserrent, grâce à leurs mouvements amiboïdes, l'absorbent dans leur protoplasma et le digèrent à la faveur des liquides digestifs de ce même protoplasma.

Mêmes phénomènes se passent chez un individu jouissant de l'immunité à l'égard d'une maladie et placé dans un milieu infectieux. Il peut absorber par la bouche, les poumons ou par une effraction cutanée les germes nocifs de cette maladie ; aucun trouble ne se manifestera chez lui, parce que les cellules blanches de son sang suffisent à l'anéantissement permanent de l'hote insolite. Et pareil travail s'accomplira dans son organisme autant qu'il n'aura pas perdu ou atténué cette immunité qui faisait sa force.

En admettant donc que variole et vaccine soient deux maladies différentes, ce qui est fort douteux, le fait certain, indéniable, reconnu par l'observation de plus de cent années, est que l'une quelconque de ces affections préserve des atteintes de l'autre.

D'autre part, l'immunité conférée par une première

atteinte de variole ou de vaccine est-elle de même nature et de même durée ?

La réponse est nettement positive à la première question, car la variole préserve de la vaccine au même titre que la vaccine préserve de la variole. Mais, quant à la durée de l'immunité, il est indiscutable qu'une première atteinte de variole préserve beaucoup plus longtemps un organisme contre une attaque ultérieure que la vaccination la mieux réussie, avec le vaccin le plus virulent. Cela est si vrai qu'il est une notion répandue dans le public, à savoir qu'une personne qui a déjà eu la variole, ne peut plus la contracter. Doctrine fausse et qui a causé bien des mécomptes. L'immunité variolique s'use comme l'immunité vaccinale, mais beaucoup plus lentement.

D'autre part, je vous disais, il y a un instant, que l'immunité est intimement liée à l'individualité qui en jouit, c'est-à-dire que cette individualité, suivant des circonstances qui tiennent au fonctionnement intime des phénomènes biologiques, est plus apte que telle ou telle autre à conserver cette immunité que le hasard ou les circonstances lui ont fait acquérir.

On observe, en effet, des animaux et des personnes chez lesquels la variole et la vaccine n'ont jamais eu prise depuis leur naissance. Ils ont l'immunité totale vis-à-vis des deux affections.

D'autre part, ne voit-on pas cité l'exemple de cet individu qui se fit vacciner treize années de suite et chez lequel treize fois la vaccine évolua normalement. La quatorzième année, il mourut de la variole. La même circonstance biologique qui l'empêchait de prendre l'immunité vaccinale lui interdisait au même titre l'immunité variolique.

Entre ces deux extrêmes, immunité totale à tous les instants de la vie et absence complète de l'immunité, quoiqu'on fasse. On peut trouver tous les intermédiaires possibles.

Je m'empresse de vous dire que ces cas extrêmes sont très rares et ne sont mentionnés que pour bien montrer que l'immunité vaccinale ou variolique suit absolument les mêmes règles que celle produite par les vaccinations par virus atténués dont nous a dotés l'immortel Pasteur, à savoir (la rage, le charbon, le rouget des porcs).

Quand doit-on se faire vacciner ?

Tous les auteurs qui ont écrit sur la variole s'accordent à dire que cette affection est beaucoup plus grave chez les enfants que chez les adultes. Il est donc de toute nécessité de vacciner les enfants dès leur naissance. On recommandait autrefois d'attendre jusqu'au troisième mois avant de vacciner les enfants. Cette mesure, inexplicable en temps d'épidémie, provenait de ce fait d'observation que beaucoup de nouveau-nés de huit jours ne prenaient pas la vaccine. Le fait est vrai, mais il n'atteint guère que 20 % des nouveau-nés, et vu la bénignité de la vaccination, il vaut mieux avoir à recommencer cette opération que de s'exposer à une attaque variolique sûrement mortelle.

L'immunité créée par une première vaccination, comme je vous le disais tout-à-l'heure, a une durée extrêmement variable. On peut admettre en général que la vaccine reprend très rarement avant une période de 8 années.

Sur un orphelinat de 75 enfants, tous âgés de moins de 10 ans, il a été enregistré à l'Institut Pasteur deux succès seulement. Encore se sont-ils montrés sur deux fillettes de 9 ans, qui pouvaient arriver à la limite de leur immunité.

Par contre, les vaccinations obligatoires des étudiants, des militaires, des fonctionnaires sont fréquemment suivies de succès, — et ces revaccinations de la 20me année ont leur répercussion jusqu'à l'âge de 45 ou 50 ans, la proportion de succès chez la femme étant en effet bien supérieure à celle de l'homme pendant cette période de 20 à 45 ans.

A partir de cet âge le pourcentage des succès obtenus dans les deux sexes augmente à mesure que les sujets s'approchent de la vieillesse. Et, chez les vieillards de 70 à 80 ans, on observe un succès de 60 à 70 % environ, avec une pustulation remarquable ressemblant en vigueur et en intensité, celle du tout jeune enfant. — Le Dr DESMOULINS, de Douai, m'a communiqué en effet les résultats obtenus dans ses revaccinations des hospices de vieillards. Sur 504 vaccinations faites dans ces conditions, il a obtenu 58 % de succès, et mon voisin et ami, le Dr CARON, de Saint-Maurice, sur 170 vieilles femmes de plus de 70 ans revaccinées à l'hospice Stappaert, a enregistré 98 succès, soit 57 %.

Il résulte de ces données précises que l'immunité vaccinale s'éteint progressivement au fur et à mesure que l'individu avance en âge ; et les mesures qu'il convient de prendre quant aux vaccinations et revaccinations sont celles édictées par la loi d'hygiène publique votée par le Sénat et la Chambre, et qui sera appliquée en France à partir du 15 février 1903.

La vaccination sera obligatoire dans la première, la onzième et la vingt-et-unième année, Ces simples mesures, appliquées rigoureusement comme elles le sont en Allemagne et en Hollande, nous débarrasseront dans un délai assez bref de la variole comme en ces deux pays, où cette maladie n'existe pas.

Il est bien évident que la faculté sera laissée aux personnes de se faire vacciner un plus grand nombre de fois, notamment durant les épidémies qui ne manqueront pas de se produire pendant la période transitoire de l'application de la loi, et, à ce propos, il est un préjugé répandu dans le public, qui fait penser que la vaccination est dangereuse en temps d'épidémie. Ce qui a donné naissance à cette idée fausse, c'est que des individus vaccinés depuis deux ou trois jours peuvent contracter la variole et voir évoluer sur eux en même temps la vaccine et la variole.

La raison de ce fait qui peut sembler anormal est cependant fort simple. La période d'incubation de la variole est assez longue : 14 jours en moyenne ; d'autre part, l'immunité conférée par la vaccination n'est acquise que six jours après cette opération. Il est donc très possible qu'un individu sous puissance de variole et vacciné pendant la période d'incubation donne prise à la fois aux deux virus sur son terrain, ne jouissant ni de l'une ni de l'autre immunité.

Comme conséquence, en temps d'épidémie de variole, écoutez ce conseil salutaire : « En cas de non-succès, faites-vous revacciner tous les trois ou quatre mois ».

J'abrège, car j'ai peur d'abuser de vos instants ; cependant, laissez-moi vous dire en quelques mots comment on prépare le vaccin dont on se sert exclusivement aujourd'hui pour les vaccinations et revaccinations.

Après les accidents malheureux causés par la vaccination de bras à bras, accidents sur lesquels je ne veux pas insister, car vous connaissez les affections dont l'homme a le triste privilège et qu'il peut communiquer à ses semblables, même par la vaccination ; Chambon et St-Yves Ménard eurent l'idée de cultiver le vaccin sur l'animal qui avait provoqué la découverte mémorable de Jenner, sur la vache. Des essais furent tentés à Paris il y a près d'un demi-siècle, essais qui furent couronnés de succès et intronisèrent la méthode de vaccination par le vaccin animal.

Toute génisse jeune ou adulte (à Lille, nous ne nous servons que d'adultes), en excellent état de santé et d'embonpoint, exempte de tuberculose, peut servir à la production du vaccin animal.

Rien n'est plus simple que de déceler sur l'animal vivant la présence de la tuberculose, grâce à l'emploi de la tuberculine de M. Koch ; si la tuberculine n'a pas sauvé l'espèce humaine de ce fléau qu'est la tuberculose elle a eu au moins le mérite de servir à reconnaître facilement les animaux atteints de l'affection.

Quinze jours de surveillance au lazaret sont nécessaires pour s'assurer de l'état parfait de santé du vaccinifère. Après cet examen préalable, la génisse est couchée sur le sol au moyen d'un lacet porte-lacs ordinaire. On la fixe ensuite sur le dos, les jambes écartées et solidement maintenues par des cordes. Après la tonte de toute la surface ventrale depuis et y compris les trayons jusqu'au sternum, on savonne vigoureusement toute cette surface et on rase les poils, à la façon du coiffeur rasant une barbe.

On savonne et on lave de nouveau tout le champ opératoire. Puis, à l'aide d'une lancette tranchante, on fait de très légères incisions à la surface de la peau, incisions distantes de deux centimètres environ et d'une longueur de quatre centimètres à peu près. On peut en faire ainsi 250 à 300 sur chaque génisse. Cela fait, on étanche avec une serviette stérilisée les quelques gouttelettes de sang qui ont pu s'écouler. Il est important de ne pas faire saigner.

Avec une petite spatule métallique mousse, trempée préalablement dans du vaccin provenant d'une autre génisse, on repasse dans toutes ces incisions en appuyant fortement pour bien insérer la semence vaccinale entre les lèvres de la scarification. On relève l'animal et on protège le champ de culture d'un tablier en toile renouvelé et stérilisé deux fois par jour.

Vous avez tous vu l'aspect des beaux boutons de vaccine chez l'enfant. Chez la vache, l'évolution est la même, quoiqu'un peu plus rapide. Le sixième jour, c'est-à-dire après six fois vingt-quatre heures, la vache est couchée à terre et immobilisée de nouveau. On lave à l'eau bouillie refroidie. Au niveau de chacune des 250 ou 300 incisions, on voit une superbe pustule vaccinale bien nette, avec son bord nacré caractéristique, sans réaction inflammatoire périphérique.

La récolte se fait avec une curette à bords tranchants, telle que celle que je vous présente. D'un seul coup et sans faire saigner, on enlève rapidement

toute la pustule et on la porte dans un vase stérilisé. L'ensemble de toutes ces pustules est placé dans un pot en verre et additionné de 50 % de glycérine pour en assurer la conservation.

La génisse est ensuite relevée et conduite à l'abattoir, où elle est abattue le jour même. Et ce n'est qu'après une autopsie minutieuse que le vaccin recueilli sur elle est préparé pour l'usage.

Pour ce faire, ce vaccin est purement broyé à l'aide d'une machine spéciale, mue par l'électricité. Puis, avec une seringue de PRAVAZ on le pousse dans ces petits tubes en verre que vous connaissez. Les deux extrémités en sont fermées à la lampe, et c'est sous cette forme que le vaccin entre dans la circulation.

En ce qui concerne le département du Nord le vaccin est délivré gratuitement aux médecins et aux sages-femmes. 98.634 tubes ont été, du 1er janvier au 15 novembre, ainsi répartis. Les résultats qui nous sont parvenus, grâce au système des bulletins de vaccination joints à chaque envoi, accusent une proportion de 91,30 % de succès en première vaccination et de 54,48 % en revaccinations sur un total de 12.699 vaccinations contrôlées.

Aucun accident grave n'a été signalé.

Je ne sais si je me fais illusion, mais je crois vous avoir convaincu de la bénignité de la vaccination. Il importe de ne pas attribuer à la vaccine des dangers qu'elle n'a pas et de recourir en ce temps d'épidémie aux revaccinations multipliées qui seules sont susceptibles de nous débarrasser de la variole.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 février 1903

Présidence de M. SURMONT, vice-président.

Hyperchlorhydrie à forme diarrhéique

MM. **Surmont** et **Lerat** complètent leur communication du 9 janvier. L'évacuation de l'estomac est plus rapide chez les sujets en question que chez les autres. Après le repas d'Ewald, certains de ces malades n'ont plus, au bout d'une heure, que quinze ou dix-huit centimètres cubes de liquide recueilli par le cathétérisme, au lieu de soixante à soixante-dix centimètres cubes. Cela n'est pas constant, car le pylore peut être suffisant dans l'intervalle des crises.

En ce qui concerne la production de la diarrhée après la gastro-entérostomie, BOURGET et ROUX, SOUPAULT et HARTMANN signalent ce symptôme. Il doit être combattu par l'alcalinisation du suc gastrique.

Myome de l'utérus

M. **Drucbert** présente un myome pur de l'utérus, que M. DUBAR a enlevé par hystérectomie abdominale subtotale.

Cancer de l'utérus généralisé au foie, aux poumons et aux reins

M. **Gellé** présente des pièces anatomiques se rapportant à ce cas. (*Sera publié*).

M. **Curtis** fait remarquer que toutes les métastases sont formées d'épithélioma pavimenteux typique et qu'il y a eu généralisation rétrograde autour des veines sus-hépatiques.

M. **Drucbert** croit qu'il est fréquent de rencontrer de telles généralisations au cours des cachexies cancéreuses.

M. **Curtis** dit que la généralisation aussi étendue est exceptionnelle.

Séquestre constitué par le péroné entier

MM. **Gaudier** et **Chancel**, interne des hôpitaux, présentent un séquestre d'ostéomyélite aiguë du péroné droit en sa totalité.

Cet enfant, âgé de huit ans et demi, est entré dans notre service pour des phénomènes aigus du côté de la jambe droite et consistant en une tuméfaction phlegmoneuse du cou-de-pied, de la jambe, du genou et du tiers inférieur de la cuisse droite.

Au dire des parents, cet état de choses datait d'une quinzaine de jours. Le début avait été une petite plaie au niveau de la malléole externe droite.

C'est seulement dix jours plus tard que l'enfant ressentit de vives douleurs dans toute la jambe, douleurs qu'exaspéraient le moindre mouvement ou le choc le plus léger. Deux ou trois jours après, le 18, le genou droit devint gros rapidement et l'enfant dut garder le repos absolu au lit.

L'état fébrile, apparu avec les douleurs, et l'état général s'aggravant, l'enfant fut apporté à la consultation le 27 janvier, pâle, émacié, le pouls rapide, la peau chaude, la jambe droite immobilisée en flexion. Le genou est proéminent, mais l'articulation paraît indemne, et l'on constate seulement un hygroma suppuré de la bourse prérotulienne. On trouve, en outre, au niveau de la malléole externe, un second foyer où le pus est collecté.

L'enfant est opéré d'urgence : l'hygroma est évacué par deux incisions latérales symétriques. Le foyer malléolaire est également incisé, et, le pus évacué, l'extrémité inférieure du péroné apparaît nécrosée, mobile et s'enlève d'un coup de pince. Le foyer articulaire est ensuite drainé.

La tuméfaction de la cuisse augmentant, et la température, qui était tombée après l'opération, atteignant de nouveau 39°, nous pratiquons une seconde intervention le 5 février ; l'opération consiste en une large arthrotomie du genou ; l'articulation et les culs-de-sac sont pleins de pus.

Il existe un foyer purulent au niveau de l'articulation

supérieure du péroné, et cet os est à ce point mobile dans sa gaine périostée qu'on peut le cueillir sans effort à l'aide d'une pince et l'attirer au dehors. C'est la pièce que nous présentons. Un drain en caoutchouc est introduit dans la gaine périostée ; la température tombe et, depuis lors, l'enfant va bien.

Un tel cas n'est pas rare, mais,ce qui nous a paru surtout intéressant, c'est la grandeur du séquestre, qui comprenait tout le péroné. Nous regrettons que l'extrémité inférieure manque, mais elle a été jetée lors de la première intervention.

Une autre chose nous paraît à signaler, c'est que de tels séquestres se rencontrent surtout dans l'ostéomyélite prolongée, ou chronique et sont moins fréquents dans l'ostéomyélite aiguë.

Enfin, il nous a semblé que l'indication d'une opération moins radicale n'était pas à discuter ici, le péroné n'étant qu'un os d'importance secondaire et la présence de cet os nécrosé ne servant qu'à entretenir la suppuration.

Cancer du rein

M. **Curtis** présente un énorme cancer primitif du rein ayant détruit la moitié supérieure de l'organe. L'origine en est épithéliale et il y a envahissement des tubes urinifères. Les glomérules sont en partie atteints et il existe des néoglomérules : il y a là quelque chose d'analogue à ce qu'on a décrit dans le rein des syphilitiques nouveau-nés. Le foie, les poumons sont intacts. Il existe un cancer sous-capsulaire gros comme un noyau de cerise dans l'autre rein. Aucune adénite sur le trajet de l'uretère et des veines, ni à la partie inférieure de l'abdomen, mais chaîne ganglionnaire derrière le pancréas, réunissant les deux reins. Le rein opposé a dû être atteint par voie lymphatique. Il s'est fait une lymphangite cancéreuse à distance par un trajet inexplicable.

M. **Carlier** ajoute qu'il s'agit d'un cancer enlevé à un homme de 44 ans, opéré par voie abdominale. Le rein était très adhérent au diaphragme. L'opération s'est bien terminée, mais le malade a succombé au quatrième jour par suite d'une torsion siégeant au milieu du côlon descendant. Le malade n'avait pas de varicocèle,et Legueu dit que, dans ces cas, c'est qu'il n'existe pas encore d'adénite cancéreuse : on est alors autorisé à intervenir. Comment ce volumineux cancer a-t-il donc pu évoluer sans adénite ? Comment,d'autre part, le second rein est-il cancéreux ?

Il y a lieu de replacer l'intestin soigneusement après les interventions de ce genre : ici, par exemple, il s'est fait une torsion du côlon descendant.

M. **Surmont** est d'avis que le noyau cancéreux du second rein dépend d'une infection lymphatique rétrograde.

M. **Curtis** le croit aussi. Il peut se faire des lymphangites cancéreuses, cheminant de proche en proche, sans égard au cours de la lymphe.

M. **Ingelrans** dit que la métastase rétrograde est fréquente dans les voies lymphatiques. Jaccoud insiste beaucoup sur l'adénopathie inguinale dans le cancer de l'estomac.

M. **Surmont** rappelle la prise habituelle des lymphatiques pleuraux dans le cancer pulmonaire.

M. **Oui** demande si on est certain de l'indépendance des voies lymphatiques des deux reins.

M. **G. Gérard** dit qu'il n'existe que des communications veineuses entre les reins. On n'est pas fixé sur la distribution des lymphatiques intra-rénaux direct entre les deux reins.

Tuberculose rénale

M. **Curtis** présente un rein enlevé pour une tuberculose soupçonnée. Des bacilles se trouvaient aisément dans l'urine. Le rein offre l'aspect de la maladie polykystique : il est rouge et volumineux. Ce n'est ni l'hydronéphrose tuberculeuse ni le rein cavitaire.

Les kystes étaient remplis de masses caséeuses.

Le rein opposé paraît sain, puisque le malade émet actuellement trois litres d'urine. C'est une forme tout à fait insolite, et peut-être non-décrite, de rein tuberculeux. Ce n'est certainement pas un rein néphritique avec kyste. On n'y trouve, d'autre part, aucun tubercule visible macroscopiquement.

M. **Carlier**, lors de l'opération, aurait cru à la maladie polykystique s'il n'eût été certain de la présence des bacilles de Koch. Le malade ne se plaignait que de douleurs vésicales. Il a eu d'abord une urétrite, car l'uretère était absolument tuberculeux. La division des urines avait fourni un liquide trouble du côté malade.

M. **Lambret** demande si le rein polykystique ne peut devenir tuberculeux.

M. **Curtis** admet la possibilité du fait. Encore faut-il que les deux reins kystiques soient de volume inégal.

M. **Gellé** a vu signalée cette inégalité de volume des reins dans la maladie kystique.

M. **Carlier** croit que, dans cette forme de tuberculose, il a dû y avoir glomérulite, amenant l'aspect du rein polykystique.

M. **Curtis** ajoute que, dans la maladie kystique,il existe des kystes médullaires qui font ici défaut.

Variétés & Anecdotes

Un accouchement mouvementé.

24 août. Je déjeune chez des amis, charmants amphitryon dont l'esprit, et ce n'est pas peu dire, pétille comme la cave.

Nous en sommes au second plat quand, au galop de son cheval, un homme m'arrive.

« Qu'est-ce encore ? » demandai-je ; vous entendez, j'ai dit : Encore ! Et, en effet, n'est-ce pas toujours aux heures où le pauvre médecin se distrait un peu, oublie ses tracas, l'ingratitude d'un chacun, que ses clients se cassent un bras, une jambe, que les femmes accouchent ?

Dans le cas, une femme accouchait, ou pour mieux dire *ne voulait pas accoucher*.

Vous allez reconnaître tout à l'heure que cette expression « ne voulait pas accoucher » convient parfaitement.

L'homme m'apportait un billet d'une sage-femme des environs, billet ainsi conçu : Venez immédiatement moulin de... chez la femme X..., 42 ans, primipare, en travail. Apportez grand et petit sacs. »

Cette sage-femme, très au courant de mes habitudes, sait que le grand sac contient l'acier : forceps, céphalotribe, etc., et le petit sac les drogues : Ergotine, éther, chloral, chloroforme, etc.

Vite les bouchées en double, abandon d'un succulent dessert, vérification de mes sacs grand et petit, et fouette cocher !

Trois quarts d'heure de voiture et me voilà au moulin de... chez la femme X..., 42 ans, primipare, en travail.

D'un air mystérieux, la sage-femme me prend à part. « Monsieur, me dit-elle, je suis ici depuis douze heures. D'après les renseignements que m'a donnés le mari, cette femme est au terme d'une grossesse. Les douleurs ressenties, la palpation du ventre, l'écoulement des eaux sont autant de signes qui ne laissent aucun doute à cet égard. » — « Evidemment, dis-je. Du reste, le toucher à dû vous fixer d'une façon plus précise encore. Est-ce une tête ? Le bassin est-il normal ? Y a-t-il eu menace d'éclampsie ? Enfin pour quelles raisons pathologiques me faites-vous mander ? » — « Pour quelles raisons ? Monsieur, c'est inouï ! Figurez-vous que cette femme prétend ne pas être enceinte. Elle a bien voulu me laisser palper le ventre, mais à grande clameur de toute la force de ses cuisses rapprochées, elle s'est opposée jusqu'alors au toucher vaginal, à l'examen du col de l'utérus. La dilatation est-elle un, deux, cinq francs ? Est-elle complète. Je n'en sais rien. Je ne serais pas étonné cependant qu'elle fût complète. Cette nuit, les douleurs ont été très vives. Depuis plusieurs heures, elles ont complètement cessé par suite d'une inertie utérine sans doute. »

Et la sage-femme d'ajouter : « Tâchez, monsieur, d'être plus éloquent, plus persuasif que moi. Une parturiente qui prétend ne pas être enceinte, qui n'accepte pas le toucher vaginal, acceptera bien moins encore une application de forceps. »

Je remerciai la sage-femme de ses très claires explications et m'approchant de... l'entêtée, je commençai le plus mielleux discours qui puisse être. « Voyons, ma bonne, dis-je, vous prétendez ne pas être enceinte ! Quelles raisons avez-vous de nier votre grossesse ? Votre âge ? Vous avez 42 ans. Bien des femmes, il serait facile de vous en citer, ont eu des enfants, un premier enfant, à 42, 45, 50 ans même. Bien réglée ordinairement, vous ne l'êtes plus depuis neuf mois. La palpation de votre ventre, que vous avez bien voulu permettre à la sage-femme, confirme la présence dans votre utérus de bras et jambes. Ces bras et jambes ne sont pas seuls évidemment. Avec eux il y a tronc et tête. Il y a un enfant ! Voyons, soyez raisonnable. Cet enfant, si vous vous opposez plus longtemps, à l'examen complet, a l'intervention nécessaire, va mourir ! Savez-vous bien, ma pauvre femme, que ce serait un crime ! »

Je ne sais trop quelle expression mes yeux ont pris au prononcer de cette phrase : j'ai dû, en l'occurrence, ressembler à quelque président de cour, pâle et grave sous sa robe rouge.

Le mari, de son côté, de prier, de flatter, de menacer, de rire, de pleurer.

Rien n'y fit. « Je ne veux pas qu'on me touche ! criait la femme en crispant les poings, en serrant les cuisses. Mon mari, la sage-femme, le médecin sont tous les trois fous. Je ne suis pas enceinte ! Je ne suis pas enceinte ! »

Et d'un bond la voilà sur le plancher, gesticulant, criant toujours.

Le mari de crier plus fort : « Monsieur, sauvez l'enfant ! Sauvez l'enfant ! Quant à elle, tant pis ! » Admirable franchise !

Sauver l'enfant ! Il le fallait. Dans l'utérus inerte d'une telle énergumène, il ne devait plus désormais être vigoureux.

Sans essayer plus longtemps de parlementer, je pris une résolution.

« Anesthésions ! dis-je à la sage-femme. Dans le petit sac qu'avec raison vous m'avez recommandé d'apporter, j'ai du chloroforme. Dites au mari d'appeler quelques voisins à poignes solides. Mon cocher, un rude gaillard, attachera ma bichette au pied d'un chêne. Lui aussi nous prêtera main forte. Aller chercher un confrère à 8 kilomètres, cela demande du temps. Un tel retard coûterait probablement la vie à l'enfant, et le père y tient. N'est-ce pas, mon brave homme ? — « Oh ! oui, monsieur ! » — « Allons-y donc ! »

Ainsi fut fait. Portée et maintenue sur son lit par huit bras sans félure, la femme X... fut anesthésiée au chloroforme d'abord. Les 30 grammes de chloroforme de mon petit sac n'ayant pas suffi, j'ai continué l'anesthésie à l'éther sans le plus léger accident.

Etait-ce imprudent ? Je le demande ici à mes confrères.

L'application au forceps fut très simple. J'extrayai un enfant en mort apparente. Vous le voyez, il n'y avait pas de temps à perdre.

Quelques minutes de respiration artificielle, quelques tractions rythmées de la langue et d'un vagissement, l'enfant séchait les larmes du père.

En demi-sommeil, la femme X... se laissa délivrer sans résistance.

Cette observation m'a semblé devoir être signalée. De tels ennuis cliniques sont assez rares. Et puis, ai-je eu tort ou raison d'anesthésier tout seul, de ne pas attendre la venue

d'un confrère ! Je le demande aux lecteurs très compétents de la *Gazette*.

Pour les sentimentaux, j'ajouterai que mère et fils, à l'heure actuelle, se portent très bien. La mère ravie ne s'explique pas son entêtement, et le bébé « *parvus puer* » commence « *risu cognoscere matrem !* »

Dr GASTON, à Vairé (Vendée).

(*Gazette médicale de Nantes*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

2e Congrès international de la Presse médicale. — De nouveaux renseignements nous parviennent sur l'organisation de ce Congrès. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 20, sous la présidence personnelle de S. M. le Roi d'Espagne, probablement dans la salle du Théâtre-Royal. Le programme de cette séance comporte le discours de M. le Ministre de l'Instruction publique, au nom du gouvernement espagnol ; — de M. CORTEZO, comme président du Comité d'organisation ; — du docteur LARRA Y CEREZO, secrétaire général ; — du professeur CORNIL, président de l'Association internationale de la Presse médicale, etc. Les séances de travail auront lieu le matin et l'après-midi du mardi 21 avril, le matin et l'après-midi du mercredi 22. Ce dernier jour, la séance du matin constituera la première réunion de l'Association internationale de la Presse médicale, définitivement constituée. La séance de l'après-midi sera la séance de clôture.

Parmi les communications et les rapports déjà annoncés, figurent les suivants :

L'éducation du journaliste médical, par le docteur RODRIGUES MENDEZ, récteur de l'Université de Barcelone, directeur de la *Gaceta medica Catalana* :

Rapports de la Presse médicale et des pouvoirs publics, par le docteur PULIDO, membre de l'Académie royale, député, ex-directeur général de la santé, rédacteur du *Siglo medico* ;

La propriété littéraire dans ses relations avec la Presse scientifique, par le docteur TOLOSA LATOUR, membre de l'Académie royale, professeur agrégé à la Falcuté de Médecine de Madrid ;

Histoire de la Presse médicale espagnole, par le docteur LARRA Y CEREZO, Directeur de la *Medecina militar espanola*, secrétaire général du Congrès ;

Création d'un *Office international mutuel d'informations* (Analyses des travaux scientifiques) entre journaux faisant partie de l'Association internationale, par le docteur R. BLONDEL.

Sont inscrites à l'ordre du jour les questions suivantes :

Le journal médical gratuit et ses abus ;

Les Bulletins des Sociétés savantes et des Associations professionnelles doivent-ils être considérés comme des journaux médicaux ?

Emploi dans la Presse non médicale de pseudonymes précédés indûment de la qualification de docteur :

Place trop importante accordée dans les journaux généraux de médecine aux comptes-rendus immédiats des Sociétés savantes : ses effets sur le mode de production scientifique actuel, etc.

En outre, demeurent inscrites les deux grandes questions fondamentales abordées au Congrès de Paris en 1900, et dont la discussion reste ouverte :

La propriété littéraire médicale, — les Statuts de l'Association internationale.

Le texte des Statuts adoptés par la Conférence de Monaco sera soumis à la ratification du Congrès, après quoi ils entreront immédiatement en vigueur.

La première réunion de l'Association aura lieu à Madrid, pendant le Congrès. Si le texte de l'article 1er des Statuts, adoptés à Monaco, l'est également par le Congrès, seront immédiatement déclarés membres de l'Association internationale et admis à prendre part à cette première réunion « tous les journalistes agréés par leur Association nationale de Presse, sous la réserve qu'un même journal ne pourra avoir plus de trois représentants ni disposer de plus d'une voix au moment des votes ».

Dans cette première séance, le Bureau, actuellement provisoire, de l'Association internationale, sera soumis à la réélection, les pouvoirs du Président, non rééligible, arrivant à expiration.

MM. les membres de la Presse médicale qui auraient des communications à présenter sur les questions à l'ordre du jour ou sur tout autre sujet de leur choix se rapportant à l'objet du Congrès, sont priés d'en faire connaître le titre le plus tôt possible au secrétaire général, M. le docteur LARRA Y CEREZO, 17. Leganitos, Madrid. S'adresser également à lui pour tout ce qui concerne les réductions de frais de transport et les logements à Madrid pendant la durée du Congrès, enfin pour le versement de la cotisation (25 pesetas).

Les inscriptions de communications devront être faites avant le 31 mars et les adhésions comme membres du Congrès avant le 15 avril.

Tout ce qui concerne l'Association internationale de la Presse médicale doit être adressé au Secrétaire général de l'Association, le docteur R. BLONDEL 8, rue de Castellane, à Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **Congés des Jours Gras** sont ainsi fixés : du samedi 21 au mardi 24 février inclus. Les cours et conférences reprendront le mercredi 25.

— Par arrêté en date du 4 courant, M. le Ministre de l'intérieur a accordé la *Médaille d'argent des épidémies* à notre jeune et excellent confrère le docteur Ernest DECKMYN, de

Dunkerque, pour le dévouement dont il fit preuve lors de l'arrivée à Dunkerque, en juin dernier, du navire *City of Perth* infecté de peste. Ses maîtres de la Faculté de médecine éprouvent une légitime satisfaction à voir récompenser le dévouement du docteur DECKMYN, et l'*Echo Médical du Nord* lui adresse ses chaleureuses félicitations.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. G.-F.-E. BOUCHEZ, d'Abbeville (Somme), a soutenu, avec succès, le lundi 16 février 1903, sa thèse de doctorat, (6e série, n° 119), intitulée : **Contribution à l'étude de la mélanotrichie linguale (langue noire).**

— M. G.-L.-A.-J. B. LERAT, de Colleret (Nord), ancien interne de l'hôpital de Tourcoing, lauréat (bis) de la Faculté, a soutenu, avec succès, le lundi 16 février, sa thèse de doctorat (6e série, n° 120) : **De la diarrhée chez les hyperchlorhydriques et particulièrement de l'hyperchlorhydrie à forme diarrhéique.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Rouen. — M. le docteur DÉVÉ, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé en outre des fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie et d'histologie.

Limoges. — M. le docteur THOUVENET, professeur de physiologie, est admis sur sa demande à la retraite et nommé professeur honoraire.

Poitiers. — M. le docteur PETIT, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Officier* : M. le docteur BALBAUD, médecin en chef de 1re classe de la marine ; *Chevaliers* : MM. les docteurs GAILLARD, TRICARD et JOURDAN, médecins de 1re classe de la marine.

Mérite agricole. — Sont nommés : *Officier*, M. le docteur TRABUT, d'Alger ; *Chevalier* : M. le docteur SCHNEIDER, médecin militaire.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CROLAS, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; GARRIGOU-DESARÈNES, de Paris ; DIDIOT, inspecteur général de l'armée, décédé à Sedan ; MEUNESSON et BIANCHERI, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; PARISOT, de Plombières (Haute-Saône).

FLEURY, étudiant en médecine à l'école de Rouen.

M. FAMECHON (Charles), élève à l'école du service de santé militaire à Lyon, mort à l'hôpital Desgenettes le 10 février 1903, était un élève de notre Faculté. Nous adressons à sa famille et à son malheureux père, le docteur FAMECHON, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Douai, l'expression de nos bien douloureuses sympathies.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6e et 7e SEMAINE, DU 1er AU 14 FÉVRIER 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	12
3 mois à un an	14	8
1 an à 2 ans	7	6
2 à 5 ans	4	6
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	9	19
40 à 60 ans	11	19
60 à 80 ans	24	21
80 ans et au-dessus	4	7
Total	90	100

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	4	»	»	»	»	»	»	1	4	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	17	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	»	6	3	»	»	»	1	1	»	»	2	»	9	23	20
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	1	»	»	2	13	1	2	»	»	3	»	»	»	»	»	6	29	37
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	5	3	5	»	»	3	»	»	»	1	»	12	31	44
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	3	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	7	15	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	»	3	3	2	2	»	1	3	»	»	1	1	»	9	27	12
Esquermes 11,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	3	»	»	4	»	»	»	»	»	2	12	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	8
Fives, 24,191 hab.	3	»	»	»	»	»	»	»	2	3	4	»	»	4	»	2	»	»	»	3	21	31
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	12
Total	11	»	»	1	1	»	2	10	40	15	16	»	1	23	1	2	1	4	»	61	190	196

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.
Le gérant : Th. CLERQUIN.

N° 320. Septième Année. N° 9. Le Numéro : **10** centimes. 1er Mars 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'origine des tuberculoses chirurgicales fermées

par le docteur **O. Lambret,**

Professeur agrégé, chargé du Cours de Médecine opératoire.

Sous cette dénomination «tuberculoses chirurgicales fermées » j'entends comprendre la tuberculose des ganglions, des os, des articulations et en général des organes qui ne peuvent recevoir directement les bacilles de l'extérieur. En pratique, lorsque nous nous trouvons en présence d'une manifestation bacillaire telle par exemple qu'une coxalgie au début, la règle est d'interroger les antécédents héréditaires pour y trouver une tare, personnels pour connaître les affections débilitantes antérieures. Ou bien les renseignements ainsi recueillis sont positifs et nous nous déclarons satisfaits, ou bien ils sont négatifs et alors après un étonnement de courte durée, nous passons généralement outre, parce que préoccupés surtout de l'affection pour laquelle on nous consulte, nous ne nous attardons pas à chercher comment le ver a pénétré dans le fruit.

Il est cependant intéressant d'apprendre les chemins suivis par le bacille de KOCH pour arriver — prenons le même exemple — jusqu'à l'articulation de la hanche en une région profonde et sans communication avec l'extérieur. Or l'origine de ces sortes de tuberculoses ne diffère pas de celle des tuberculoses médicales ; la tuberculose est une ; quel que soit l'organe atteint, sa cause est identique et la division en tuberculose médicale et tuberculose chirurgicale est absolument artificielle. De deux choses l'une, dans cette articulation malade, le bacille a été amené un jour par la voie sanguine et c'est une tuberculose acquise, ou bien il y était déjà à la naissance par apport congénital et c'est une tuberculose héréditaire. Et voilà le problème posé et ouverte la discussion entre les partisans de l'hérédité et ceux de la contagion de la tuberculose ; et dans cette discussion, on ne peut s'empêcher de remarquer que ces tuberculoses d'organes fermés constituent des arguments de grande valeur en faveur de la doctrine héréditaire, car leur siège est trop éloigné des voies d'introduction habituelles du bacille pour qu'on puisse admettre une contagion venue de l'extérieur. On s'explique en effet avec facilité l'inoculation directe du virus tuberculeux au niveau du poumon par l'inhalation d'air bacillifère, mais ce mécanisme de l'inoculation directe est impossible à admettre quand il s'agit de la hanche. Toutefois

et pour ne pas rester sous cette impression, disons tout de suite que nous réduirons presque à néant cet argument en apparence si probant, en démontrant que les tuberculoses chirurgicales ne sont qu'exceptionnellement primitives, elles n'ont de primitif que les allures mais sont dans l'immense majorité des cas consécutives à un premier foyer méconnu de tuberculose latente et dont le siège est presque toujours situé dans les ganglions trachéobronchiques.

Cependant en principe cela ne fait que reculer la difficulté puisque ce foyer de tuberculose latente, il faut bien qu'à son tour, il soit d'origine héréditaire ou acquise. C'est pourquoi rapidement et seulement dans ses grands traits, nous allons esquisser la question de l'hérédité et de la contagion de la tuberculose et montrer la part respective de ces deux modes de contamination dans l'étiologie de l'affection.

Le problème de l'hérédité de la tuberculose en comporte deux autres : celui de la prédisposition héréditaire et celui de l'hérédité proprement dite. Il est inutile et d'ailleurs à peu près impossible de s'attarder actuellement à l'étude de l'hérédo-prédisposition. Elle est évidente, personne ne songe à la nier mais personne ne pourrait l'expliquer. Sans doute est-elle le résultat d'altérations organiques héréditaires spéciales à la tuberculose que les progrès de la chimie révèleront peut-être un jour dans la constitution du protoplasme cellulaire, car il est en effet peu probable qu'elle soit le fait d'un banal amoindrissement de la résistance organique analogue à celui que peut produire chez le descendant toute maladie capable d'affaiblir les ascendants. Comme le dit Landouzy : « dans la foule des dégénérés dont le neuro-arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, etc., s'entendent à peupler le monde civilisé, les fils de tuberculeux, pour être mêlés ne sont pas confondus.... » mais nos connaissances actuelles ne vont pas plus loin que l'affirmation de cette prédisposition spécifique.

Des faits bien observés chez l'homme et les animaux ont démontré l'existence de la tuberculose héréditaire qui avait été longtemps niée. Ces faits sont d'ailleurs excessivement rares, ils relèvent presque tous de l'hérédo-contagion, c'est-à-dire que la contagion a gagné le fœtus venant de la mère tuberculeuse ; plus rares encore sont les cas dans lesquels peut être soupçonnée l'hérédité conceptionnelle, c'est-à-dire dans lesquels l'imprégnation se fait à l'origine de l'être nouveau, lors de l'union de l'ovule et du spermatozoïde. C'est surtout dans le foie qu'on trouve à la naissance les lésions tuberculeuses et cela se comprend puisque le bacille est charrié jusqu'au fœtus par le courant de la veine ombilicale ; mais on peut également les rencontrer ailleurs, cela dépend surtout de l'abondance des germes d'où peuvent résulter des infections d'intensité différente, depuis une granulie plus ou moins discrète jusqu'à la localisation unique dans un ganglion, un os, le cerveau, etc. Mais nous le répétons, il est exceptionnel de constater des lésions tuberculeuses *avérées* lors de la naissance, et à cause de leur grande rareté l'importance de ces faits serait nulle et ne mériterait pas qu'on s'y arrête, si la découverte de bacilloses congénitales *sans lésions* n'avait singulièrement élargi le cadre de la question. Landouzy et Martin ont montré que des organes en apparence sains provenant de fœtus nés de mères tuberculeuses, si on les inoculait, donnaient la tuberculose. Ces résultats déjà importants par eux-mêmes acquièrent une valeur plus grande si on les rapproche des notions récemment acquises sur la fréquence de la tuberculose infantile ; dans ces dernières années, en effet, les autopsies mieux faites et l'attention attirée ont permis de montrer que la tuberculose se rencontre fréquemment chez les enfants du premier âge.

Toutefois, d'une part, les faits signalés par Landouzy et Martin paraissent être tout à fait exceptionnels et d'autres expérimentateurs ont échoué quand ils ont voulu les contrôler. D'autre part, en ce qui concerne la fréquence non niable de la tuberculose des jeunes enfants, il faut convenir que les statistiques ne sont pas favorables à son origine exclusivement héréditaire, car : 1° il est démontré que la fréquence de la tuberculose infantile augmente avec l'âge alors que ce devrait être le contraire si l'infection était congénitale ; 2° la tuberculose infantile est exceptionnelle avant trois mois et c'est plus qu'il n'en faut pour réaliser la contagion. « Le nouveau-né qui tète un lait chargé en bacilles, qui subit les baisers d'une mère ou d'une nourrice tuberculeuse, n'a-t-il pas autant de chances qu'un adulte pour devenir tuberculeux par voie de contage ? » (Grancher). D'ailleurs la discussion n'est pas close, beaucoup de points de la question restent encore obscurs bien qu'à l'heure actuelle nous pensions qu'on peut dire avec Kuss « qu'au milieu des brumes cachant la vérité, on voit briller des points lumineux qui constituent des repères importants. »

On peut en effet affirmer : 1° l'existence de la tuberculose fœtale, ses différentes localisations, sa parfaite compatibilité avec le complet développement et la viabilité de l'enfant ; 2° la rareté extrême des tubercules congénitaux.

Ces conclusions établissent l'exiguïté de la part qui revient à la transmission héréditaire de la tuberculose. Mais une autre théorie, celle de la latence du germe, offre un refuge aux partisans de l'hérédité. D'après BAUMGARTEN qui a le plus contribué à la défendre, l'infection tuberculeuse que le fœtus a contractée in utero, peut rester latente pendant des années et ne devenir patente que tardivement dans l'enfance, l'adolescence et même à l'âge adulte. Cela tient sans doute — et cette remarque est très juste — à ce qu'il ne peut être transmis qu'un très petit nombre de bacilles au fœtus. Voici, au reste, un résumé de la doctrine que nous empruntons à la thèse de KUSS (1) : « Les germes sont apportés à l'être nouveau soit au moment de la conception par l'ovule ou par le spermatozoïde, soit au cours de la vie intrautérine par la voie des échanges vasculaires ; suivant leur nombre, suivant les conditions de terrain rencontrées, les germes infectants ou bien se développeront ou bien resteront à l'état latent ; dans le premier cas, une tuberculose congénitale ou une tuberculose infantile précoce apparaîtra ; cette alternative est possible, on ne peut plus en douter à l'heure actuelle, mais elle très rare parce qu'elle suppose une infection embryonnaire intense et que, dans l'immense majorité des cas, l'infection est fort discrète, un ovule ou un spermatozoïde ne pouvant renfermer qu'une proportion minime de germes, peut-être un seul, et le placenta ne laissant passer les bacilles qu'en très petit nombre.

Les quelques parasites qui ont pénétré dans l'embryon, rencontrant là des tissus jeunes peu favorables à leur développement, y restent dans une sorte d'état larvaire jusqu'à la naissance. Après la naissance, ils vont encore persister quelque temps à l'état larvaire, pendant une période qui dure trois mois, quatre mois, peut-être davantage ; au plus tard après un an ou deux, les germes produisent dans l'organisme des foyers tuberculeux inappréciables pour le clinicien, mais que l'anatomiste peut trouver : ces foyers tuberculeux restent latents de longues années et sont le point de départ de manifestations ultérieures chez le jeune homme et chez l'adulte. »

(1) Thèse Paris, 1898.

Comme le fait remarquer KUSS, la théorie de BAUMGARTEN est fondée sur des affirmations de valeur inégale, c'est ainsi qu'il est indéniable que l'infection fœtale doit être très discrète à l'origine ; c'est ainsi encore qu'il est exact qu'il existe des tuberculoses latentes restant telles de longues années — ce point est très important et nous allons y revenir —. Mais d'autres arguments sont très contestables : par exemple, celui tiré de la résistance des tissus jeunes à l'infection n'est qu'une hypothèse gratuite dont tout démontre la fausseté, car la clinique, l'expérimentation, l'anatomie pathologique réunies s'accordent pour nous montrer que plus un animal est jeune, moins il résiste aux infections ; en outre, il est difficile d'admettre sans preuves à l'appui qu'il puisse s'écouler un temps aussi long sans qu'on observe de lésions. Cela est contraire à tout ce que nous savons de l'évolution du bacille de Koch. Enfin en ce qui concerne l'éclosion des manifestations tuberculeuses vers la puberté chez des descendants de tuberculeux, on ne peut lui accorder aucune valeur, même si on soustrait le rejeton aux causes d'infection familiale, car il eut fallu également le soustraire à toutes les autres causes de contagion qui sont nombreuses.

Par élimination, on arrive donc à montrer la part prépondérante prise par la contagion dans la propagation de la tuberculose ; sans doute la discussion qui précède pourrait être plus serrée mais elle dépasserait aussi par son ampleur les limites d'un article de journal ; la contagion n'est pas niable, sa démonstration s'appuie sur de nombreux faits cliniques, expérimentaux et anatomiques devant lesquels il n'y a qu'à s'incliner ; nous regrettons de ne pouvoir les citer ici, mais il suffit pour les trouver de se reporter aux ouvrages spéciaux.

Toutefois il est nécessaire de retenir de la théorie de Baumgarten tout ce qui a rapport à l'évolution de la tuberculose infantile et de l'adolescence ; car il faut reconnaître que les manifestations tuberculeuses appréciables cliniquement ne sont presque jamais dues à la pénétration dans l'organisme vers la même époque, des bacilles de Koch ; ces manifestations sont dues à une véritable auto-infection provenant de l'existence antérieure de foyers de tuberculose latente. Ce sont ces foyers qui ont principalement pour siège les ganglions trachéo-bronchiques. L'existence de ces tuberculoses latentes n'est plus contestable, elle a été contrôlée par tous les anatomo-patho-

logistes. Ce sont des lésions non diagnosticables, du vivant de l'individu, on les trouve à l'autopsie, et bien souvent elles sont destinées à n'être qu'un épisode dans la vie des sujets, parce qu'un bon état de santé les arrête dans leur évolution. Pour nous faire une idée de leur fréquence, il nous suffira de rappeler que Brouardel, dans les autopsies faites à la morgue, chez des individus en bonne santé le plus souvent, et morts de mort violente, les a trouvées dans environ 60 % des cas.

La meilleure preuve qu'elles sont d'origine acquise, c'est qu'il est rare de les rencontrer avant l'âge de deux ans, et que plus les sujets sont âgés, plus grande est leur fréquence. Ce fait s'explique d'ailleurs, car les très jeunes enfants ne sont pas assez résistants vis-à-vis du bacille, il font de grosses lésions, mais ne peuvent se borner aux tuberculoses latentes.

Comment les bacilles pénètrent-ils jusqu'aux ganglions ? La question est encore très discutée à l'heure actuelle ; tout le monde s'accorde pour reconnaître que la porte d'entrée est presque toujours pulmonaire, c'est une tuberculose par inhalation, mais suivant les uns la pénétration se fait à travers un parenchyme pulmonaire intact, suivant les autres elle se fait à travers un parenchyme pulmonaire lésé (bronchite, rougeole, coqueluche), quelques auteurs vont même plus loin et pensent que la porte d'entrée est située n'importe où, mais particulièrement au niveau des voies aériennes supérieures, d'où le bacille arrive aux ganglions trachéo-bronchiques, par une véritable embolie lymphatique rétrograde. On tend de plus en plus à admettre aujourd'hui qu'il existe à l'origine une lésion pulmonaire. C'est ce qu'on appelle la loi des adénopathies similaires de Parrot. « Il n'est pas chez l'enfant d'affection pulmonaire qui ne se reflète d'une manière très nette sur les ganglions bronchiques ; ils sont comme le miroir du poumon et réciproquement, il n'y a pas d'adénopathie bronchique qui n'ait une origine pulmonaire. Pour ce qui concerne la tuberculose, toutes les fois qu'un ganglion bronchique est le siège d'une lésion tuberculeuse, il y a une lésion analogue dans le poumon. Dans mes nombreuses autopsies, je n'ai trouvé qu'une seule exception à cette loi. La lésion pulmonaire peut être très difficile à trouver et l'on s'explique ainsi comment on a pu la nier : il est des cas où ses dimensions ne dépassent pas celle d'une tête d'épingle... » (Parrot). L'opinion de Parrot est contestée par un certain nombre d'auteurs qui pensent avec Marfan que le bacille de Koch peut traverser les muqueuses au niveau d'une solution de continuité, sans produire d'inoculation locale ni pénétrer de cette façon jusqu'aux ganglions

Sans prendre parti dans le débat, retenons le fait reconnu par tous, que la porte d'entrée est surtout pulmonaire, et ainsi nous arrivons à comprendre l'influence néfaste de ces maladies qu'on retrouve si souvent à l'origine des tuberculoses infantiles, la rougeole, la coqueluche, la bronchite. Dans ces affections, la barrière que forme l'épithélium broncho-pulmonaire est rompue en de nombreux points, d'où pour le bacille de multiples voies d'accès en un terrain déjà favorable, que lui offre l'organisme affaibli par la maladie.

Toutes les tuberculoses latentes, hâtons-nous de le reconnaître. ne sont pas situées dans les ganglions trachéo-bronchiques avec ou sans localisation pulmonaire originelle, et ne sont pas des tuberculoses par inhalation, elles peuvent siéger en bien d'autres points, particulièrement dans les ganglions mésentériques (tuberculose par ingestion) ; mais en pratique l'importance de ces dernières est presque insignifiante tant est fréquente la localisation médiastine.

Une fois dans le ganglion, le bacille y provoque des lésions plus ou moins intenses ; il peut se faire une caséification lente et silencieuse, restant enfermée dans le ganglion, ou bien le processus peut envahir les tissus voisins, des adhérences se forment avec les bronches, dans les cas extrêmes le ganglion peut même s'y ouvrir ; ces phénomènes ont une allure torpide et restent ignorés ; mais pour endormi qu'il soit, l'ennemi n'en reste pas moins dangereux ; le bacille reste toujours virulent et susceptible d'aller coloniser ailleurs. Les autopsies d'enfants sont à cet égard, en général, plus instructives que chez les adultes ; la tuberculose a chez les enfants une plus grande pureté d'allure. qui tient à ce qu'ils résistent moins bien à la maladie, et qu'on ne se trouve guère, chez eux, en présence d'infections à répétition susceptibles de rendre les lésions tellement complexes qu'il est impossible de reconstituer la marche de l'affection. Souvent chez le jeune enfant, cette reconstitution est facile et chez les sujets qui présentent en plusieurs points de l'organisme des manifestations tuberculeuses, on constate que presque toujours les lésions les plus anciennes siègent dans le

thorax, représentées par exemple par un tubercule pulmonaire crétacé, des ganglions trachéo-bronchiques en état de caséification très prononcée ; dans les autres organes, les lésions sont à des stades moins avancés de leur évolution et l'évidente différence d'âge permet d'affirmer leur apparition plus récente. On trouvera à cet égard, dans la thèse de Kuss, de nombreux documents concernant l'étiologie des tuberculoses médicales ; et depuis, Haushalter et Etienne ont montré par des autopsies minutieuses, que presque toujours la méningite tuberculeuse du jeune enfant avait pour cause des bacilles venus des ganglions trachéo-bronchiques. Ce qui est vrai pour la granulie, la méningite et en général pour les tuberculoses dites médicales, l'est également pour les tuberculoses chirurgicales. C'est là une assertion qui n'est pas nouvelle d'ailleurs, puisque Koch disait déjà : « Je suis convaincu que chez les enfants atteints de tuberculose articulaire ou osseuse, on pourrait facilement trouver à l'autopsie des foyers tuberculeux dans les ganglions qui dépendent des tractus pulmonaires et digestifs. »

Les autopsies nous montrent que Koch avait vu juste, du moins les autopsies complètes et faites minutieusement, car on ne peut tenir aucun compte de celles dans lesquelles la recherche des tuberculoses d'inhalation a été négligée. Or il faut bien le dire, cette recherche n'est presque jamais faite ; cela donne une singulière valeur aux observations anciennes dans lesquelles les auteurs ont cru devoir signaler les lésions médiastino-pulmonaires : c'est que leur intensité les avait frappé. Kuss a pu pratiquer huit autopsies de tuberculoses chirurgicales ; dans toutes il a pu vérifier l'existence d'une tuberculose d'inhalation antérieure, dans ces huit cas « on ne pouvait prétendre que la marche s'était faite en sens inverse et que les organes thoraciques avaient reçu le bacille du foyer tuberculeux périphérique, car l'âge respectif des lésions et leur disposition était telle que l'origine aérienne de la tuberculose est absolument certaine. » Northrup, dans deux observations, Neumann dans quatre cas de tuberculose articulaire ou osseuse ont fait les mêmes constatations. Nous n'avons malheureusement pas d'autopsies personnelles à relater, les enfants meurent rarement à l'hôpital des suites d'une tuberculose, car les parents les reprennent quand leur état devient grave ; s'ils y meurent la famille les réclame et l'autopsie ne peut être faite. Mais il est des observations cliniques qui valent des autopsies. En voici une, résumée, qui se présente avec toutes les garanties suffisantes parce que l'enfant placé presque dans un milieu médical a été suivi de très près ; elle m'est commune avec mon excellent confrère et ami le docteur Mouton, de Maroilles, qui est en relations de très grande amitié avec les parents du petit malade.

Observation : X. . X..., petit garçon âgé de 14 mois. Parents et grands-parents bien portants et sans aucune tare tuberculeuse.

En novembre 1901 prend une rougeole très intense ; trois mois après (janvier 1902), apparition d'un spina ventosa à la première phalange du pouce gauche; trois semaines plus tard, second spina à la deuxième phalange de l'annulaire droit ; vers le 20 mai 1902 gomme tuberculeuse sous-cutanée à la face antérieure externe du pied gauche. Pendant ce temps, l'état général restait relativement bon ; l'enfant avait des accès de toux coqueluchoïde, mais l'auscultation était tout à fait négative ; il fut radioscopé dans le courant de juillet par M. le professeur Bédart, qui affirma l'existence de ganglions trachéo-bronchiques.

Grâce à un régime approprié et à un séjour au bord de la mer, l'enfant est aujourd'hui en très bonne voie de guérison, les spina se sont résorbés et la gomme tuberculeuse qui s'était ramollie n'est plus représentée que par deux fistulettes, qui je l'espère, ne tarderont pas à se fermer. La toux coqueluchoïde est complètement disparue.

La marche de l'affection est ici extrêmement facile à reconstituer. Pendant la rougeole, l'enfant a contracté une tuberculose d'inhalation avec ou sans tubercule pulmonaire, mais très certainement une localisation importante s'est faite dans les ganglions trachéo-bronchiques, et de ce foyer, sont parties des irrigations bacillaires successives qui se sont traduites par l'apparition des diverses localisations signalées au niveau des doigts et du pied gauche. Peut-être même est-il possible sinon d'affirmer, du moins de soupçonner à qui l'enfant a pris le bacille de Koch, car le domestique de la maison qui avait beaucoup d'affection pour lui et le cajolait souvent avait une tuberculose pulmonaire à laquelle il a succombé en janvier dernier, là fut vraisemblablement la source du contage.

L'examen approfondi des observations de tuberculoses localisées multiples permet souvent de faire des reconstitutions semblables. Aussi pensons-nous que l'étude de l'étiologie des tuberculoses localisées telle que nous la donnent maintenant les traités de pathologie doit être remaniée. Il est nécessaire de mettre plus en relief le rôle des tuberculoses latentes et de diminuer celui de l'inoculation externe. Nous ne pou-

vons souscrire par exemple à des propositions telles que celle-ci qui cherche à expliquer l'origine du spina ventosa : « une porte d'entrée cutanée ou muqueuse permet aux microbes de pénétrer quelque part, souvent c'est au niveau des doigts, il en résulte un spina ventosa ». (Phocas) (1).

Or un tel mécanisme est en contradiction flagrante avec ce que nous savons de la tuberculose d'inoculation de l'homme, telle que nous l'a fait connaître l'histoire de la tuberculose consécutive à la circoncision pratiquée par des rabbins phtisiques et aussi celle des cas d'infection accidentelle de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Nous savons qu'il se produit d'abord une lésion locale constante et que de là l'infection gagne les ganglions correspondants, phénomènes tout à fait analogues à ceux de la tuberculose inoculée au cobaye. Le spina ventosa lésion centrale de l'os, ne peut donc être consécutif à une inoculation cutanée ; il est bien, comme nous le disions au début, d'origine hématogène. Il en est de même des autres tuberculoses osseuses et articulaires.

Une question se pose maintenant, c'est celle du mécanisme de la pénétration des bacilles tuberculeux dans le courant sanguin. On ne peut émettre à ce sujet que des hypothèses ; il est bien évident qu'il ne peut s'agir d'embolie lymphatique rétrograde ; de même il n'est guère vraisemblable que des cellules migratrices chargées de bacilles pénètrent directement dans les artères après être sorties du foyer tuberculeux. Il est déjà plus logique de penser qu'il faut peut-être incriminer l'envahissement des petites artères du foyer par le processus tuberculeux : les tubercules artériels ont été décrits ; mais il est plus probable, et c'est l'opinion de M. le professeur Curtis, que les bacilles passent dans le sang par la voie de la petite circulation. Il est en effet démontré qu'il existe souvent des anastomoses, grâce aux vaisseaux néoformés situés au milieu des adhérences pathologiques, entre les veines pulmonaires et les veinules péritrachéo-bronchiques ; à la faveur de ces anastomoses, les bacilles pourraient donc arriver dans les veines pulmonaires qui les entraîneraient dans l'oreillette gauche, d'où ils passeraient dans le ventricule et de là dans l'aorte. Cette hypothèse est très satisfaisante, mais nous nous bornons à la signaler, avec l'espoir que des recherches expérimentales viendront la confirmer.

Au point de vue pratique quelle est la conséquence du fait que nous avons cherché à établir, à savoir que les tuberculoses chirurgicales ne sont presque jamais primitives ; s'ensuit-il que la notion de ces affections en tant que maladies locales soit entamée ? Pas le moins du monde, mais il est très important de ne pas perdre de vue que pour ainsi dire toujours, la ou les tuberculoses localisées que nous constatons chez un malade ne sont probablement pas les seules lésions et qu'il en est d'autres latentes impossibles à diagnostiquer. Ces tuberculoses latentes peuvent être graves et causer des désastres à la suite du coup de fouet que leur donnera un traumatisme chirurgical ; elles peuvent au contraire être tout à fait bénignes et guérir complètement avant même le foyer secondaire dont elles furent le point de départ. Mais malheureusement aucun moyen clinique ne nous permet de connaître l'état exact des lésions thoraciques chez un enfant atteint de tuberculose externe. Aussi à mon avis, devons-nous toujours considérer la tuberculose latente comme étant virulente et mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques dont nous disposons. Or, en fait d'adénopathie trachéo-bronchique, la thérapeutique locale est illusoire. C'est donc à tous les reconstituants généraux que nous devons avoir recours sans perdre de vue, bien entendu, le traitement propre à la forme de tuberculose localisée osseuse, articulaire, etc., en face de laquelle nous nous trouvons. C'est peut-être, suivant moi, la raison principale qui doit nous faire ordonner à nos malades le séjour au bord de la mer ; mais la question du traitement marin est trop importante pour être abordée aujourd'hui, j'y reviendrai.

(1) Revue des maladies de l'enfance, 1891.

L'Enseignement de la Médecine en Espagne

par le Dr H. Gaudier,
Professeur agrégé à l'Université de Lille.

Le prochain Congrès international de Médecine (le quatorzième) se réunit cette année-ci à Madrid, le 23 avril. Cette notice, paraissant un peu avant, pourra donc peut-être servir à ceux qui s'intéressent à l'histoire médicale de l'Espagne, ou se rendront à Madrid pour le Congrès.

***

Après avoir possédé plus de trente universités, l'Espagne à l'heure actuelle n'en compte plus que dix, et cela depuis 1845, qui a marqué une date capitale dans l'histoire de l'enseignement public espagnol. A cette époque, en effet, M. Gil de Zarate, s'inspirant du système qui prévalait en France « l'Etat exerce la fonction enseignante, comme il exerce toutes les

autres » substitua à l'organisation libre et indépendante des anciennes Universités et corporations enseignantes. l'Etat, qui avec ses puissants moyens introduisit l'ordre, la discipline, là où n'existaient plus que le désordre, la confusion et la routine.

Le nombre des Universités fut diminué, des chaires nouvelles créées, les traitements de professeurs augmentés, le matériel scientifique remanié et modernisé. Depuis, bien des modifications de détail ont été apportées : mais, en somme, l'organisation actuelle repose encore sur la législation de 1845, complétée par celles de 1857 et 1896.

Toutes les Universités n'ont pas une Faculté de médecine ; ainsi Salamanque et Oviedo. Les Facultés n'existent qu'à Madrid (l'Université centrale, la plus importante), Barcelone, Grenade, Santiago, Cadix (qui dépend de l'Université de Séville, où sont les autres facultés), Valence, Vallaldolid et Saragosse.

A côté de l'enseignement officiel (1) il existe un enseignement non officiel. Nous n'avons guère pu nous procurer de renseignements que sur la Faculté libre de Madrid, la plus importante, où pour être candidat, aux grades universitaires, point n'est besoin d'avoir été immatriculé à l'Université, ou d'en avoir suivi les cours. Il suffit simplement d'avoir passé tous les examens partiels et d'avoir étudié les matières exigées par les programmes. Le nombre des jeunes gens qui travaillent ainsi en dehors de l'Université officielle est considérable. Ainsi, pour l'année 1901-1902, les étudiants inscrits dans les facultés de médecine officielles étaient au nombre de 3.330 avec 12.125 inscriptions, contre 1.684 étudiants libres avec 5.550 inscriptions. Le jury devant lequel ces jeunes gens passent leurs examens, est composé de professeurs de l'Université officielle.

Nul ne peut entrer dans l'une ou l'autre des Facultés d'une Université, s'il ne possède le diplôme de bachelier, institué par décret royal du 2 février 1876, ou s'il n'a fait du moins les études nécessaires pour obtenir ce grade. Le diplôme, en effet, peut s'obtenir plus tard après l'immatriculation.

(1) Nous avons emprunté les éléments de cette note à :
F. de Lapersonne. — De l'organisation de l'enseignement médical en Espagne. Lille 1897.
P. Melon. — L'enseignement supérieur en Espagne. — *Revue international de l'enseignement*, 33, 1897
Memoria del Curso de 1901 à 1902 (Universidad de Madrid) que nous a fort obligeamment envoyé le marquis de Vadillo, ministre de l'Agriculture, Industrie, Commerce et Travaux publics, que nous remercions ici de sa bonne grâce et de son amabilité à nous procurer les renseignements que nous lui avions demandés. (Il n'existe pas en Espagne de ministère de l'Instruction publique; mais une Direction de l'enseignement rattachée au ministère de l'Agriculture, etc...)

Cet examen de baccalauréat, autrefois conféré par l'Université, se passe aujourd'hui dans les établissements d'enseignement secondaire. Il a un caractère purement oral, ne porte ni sur le grec, ni sur les langues vivantes, sauf le français.

Un des caractéristiques de l'enseignement secondaire en Espagne, c'est le peu de temps en somme qui lui est consacré, puisque entré à neuf ans dans les lycées (institutos) l'enfant, en moyenne, en sort à quatorze ans, muni de son baccalauréat et prêt à entrer à l'Université.

Avant d'entrer à la Faculté de médecine, les étudiants passent dans les Facultés des sciences une année préparatoire, analogue à notre P. C. N. et en sortant, ils subissent un examen portant sur les matières qui leur ont été enseignées pendant l'année, à savoir la chimie et la physique appliquée, les sciences naturelles. A Santiago, où n'existe pas de Faculté des sciences, les étudiants reçoivent cet enseignement à la Faculté de médecine, qui possède deux chaires supplémentaires de sciences naturelles, physiques et chimiques, ainsi qu'à l'école de pharmacie. Les études médicales durent de cinq à sept ans, ce qui fait qu'un étudiant peut obtenir le grade de licencié en médecine, titre professionnel qui permet d'exercer la médecine, à vingt-et-un ans en moyenne.

Comment notre étudiant passe-t-il son temps d'étude pendant ses cinq à six ans de Faculté ? Tout d'abord, il prend trois à quatre inscriptions par an, et paie par inscription un droit fixe de 16 pesetas sans autre frais de travaux pratiques, ni de bibliothèque, ce qui n'est pas cher. Les cours sont très nombreux, et par des appels répétés, l'on force l'étudiant à les suivre. Malheureusement les travaux pratiques sont insuffisants, par manque de crédits, le plus souvent, et sauf ceux de dissection, les élèves n'en suivent qu'un petit nombre.

Ils vont aussi à l'hôpital où ils suivent les cliniques, générales ou spéciales (bien peu nombreuses), et cela leur est d'autant plus facile, et leur fait perdre moins de temps, que dans les Facultés de médecine espagnoles, il existe une union intime de l'école et de l'hôpital, celui-ci n'étant, dans presque toutes les Universités, séparé de celle-là, que par un jardin, un couloir ou un passage vitré.

A la fin de chaque année, existe un examen (Prueba de curso) qui se passe en juin et septembre, et roule sur les matières enseignées dans l'année, et

sur celles que désigne l'étudiant. Les droits payés pour cet examen de fin d'année, sont de 38 fr. 75.

Nous empruntons à l'annuaire de l'Université quelques renseignements concernant le nombre des étudiants en Médecine dans toutes les Universités (sauf Séville), le nombre d'inscriptions prises, et le total des notes obtenues dans les différents examens pendant l'année 1901-1902.

	ENSEIGNEMENT OFFICIEL		ENSEIGNEMENT NON OFFICIEL	
Nombre d'étudiants	3.330		1.684	
Nombre d'inscriptions	12.125		5.530	
Notes aux examens	Session de juin	Session de sept.	Session de juin	Session de sept.
très bien	924	2	44	5
bien	3.059	9	50	6
passable	5.266	1.235	2 197	1.667
refusés	844	314	687	471

Une particularité des Universités espagnoles, c'est la distribution annuelle des prix et récompenses. Il y en a de deux sortes, les ordinaires et les extraordinaires. Les premiers consistent en un diplôme, les autres en une dispense des droits à payer pour obtenir les grades de licenciés ou de docteurs. Il existe un prix pour chaque cours, et ce prix ne peut être obtenu que par les étudiants qui ont eu la note la plus élevée (sobresaliente) dans les examens de fin d'année.

Cette distribution de prix se fait avec pompe et éclat dans un grand amphithéâtre, plus ou moins luxueux suivant les universités, mais toujours caractérisé par les boiseries anciennes, son plafond peint, les portraits des bienfaiteurs de l'Université, des maîtres qui ont illustré la Faculté, avec des fauteuils à haut dossiers pour le personnel enseignant.

A la fin de ses études, l'élève passe ses examens de licence. Cet examen définitif (exercisios de grado) se compose de trois parties : la première théorique porte sur toutes les matières enseignées au cours de la scolarité ; la seconde, clinique, comporte l'examen de malades, de médecine, chirurgie ou accouchement ; la troisième, pratique, comprend surtout la médecine opératoire. L'étudiant paie comme droits d'examen une somme de 786 fr. 10. On voit qu'il n'existe pas la formalité de la thèse. La plupart des médecins se tiennent à ce titre de licencié, qui leur permet d'exercer la médecine, et les conduit en plus à une série de services publics de santé qui s'obtiennent au concours, tels que, par exemple, les directions et les fonctions de médecins dans les établissements thermaux, le service hospitalier dans les hôpitaux, dans les asiles, les hospices d'aliénés, le service de santé militaire (peu envié, étant donné la situation peu brillante faite aux médecins militaires), le corps des médecins légistes, les postes de médecins municipaux, car théoriquement, toute municipalité est tenue de payer un médecin pour les soins à donner aux indigents, etc.

En 1901-1902, la Faculté de Madrid comprenait 772 étudiants officiels et 488 libres, soit un total de 1.260. Elle a délivré 164 diplômes de licencié.

La Faculté délivre encore des certificats professionnels de sage-femmes (matrones), de dentistes, et enfin de praticantes, classe assez nombreuses d'individus, un peu plus que des infirmiers et un peu moins que nos anciens officiers de santé, qui aides médecins ou chirurgiens ne peuvent exercer que sous le contrôle d'un médecin. C'est le dernier vestige de l'ancienne et puissante corporation des barbiers. Le certificat ne leur est remis qu'après justification d'un certain nombre de cours pratiques. En 1901-1902 la Faculté de Madrid a délivré des diplômes à 237 praticantes, 25 matrones et 181 dentistes.

L'examen du doctorat est nécessaire aux candidats au professorat. La Faculté de médecine de Madrid est la seule qui possède les cours nécessaires au doctorat.

Le programme du doctorat comprend un cours plus approfondi de l'hygiène publique, de l'épidémiologie, de l'anthropologie, etc.

Les épreuves du doctorat comportent une épreuve écrite ou thèse, sur un sujet choisi par le candidat, parmi une liste de sujets dressés par la Faculté ; thèse dont la lecture ne doit pas dépasser une demi-heure, et des interrogations d'une demi, totale de 45 minutes, portant exclusivement sur la thèse présentée. Les droits pour cette épreuve s'élèvent à 1061 fr. 10.

Lorsqu'une chaire à la Faculté devient vacante, elle est mise au concours directement, et tous les médecins ayant le titre de docteur peuvent y prendre part. Le concours (oposicion) a lieu à Madrid. Outre le grade de docteur il faut pour être candidat, être de nationalité espagnole, et âgé de 21 ans au moins. Le jury est composé de 7 membres nommés par le ministre. Les épreuves consistent en épreuves écrites et orales. Les candidats ont à répondre à un certain nombre de questions tirées au sort, et à faire une leçon, sur un des trois sujets tirés également au sort entre tous ceux qui entrent dans le programme de la chaire. C'est, à peu de choses près, notre programme d'agrégation.

Les professeurs (Cathédraticos) sont de droit inamo-

s. Aujourdhui leur traitement varie de 3.500 à 10 000 pesetas suivant l'ancienneté (1).

A Madrid les professeurs reçoivent une indemnité de 1.000 pesetas. Le professeur peut être transféré d'une Faculté dans une autre, par simple décret ministériel. A côté des professeurs existe, dans quelques Facultés, principalement à Madrid, des professeurs auxiliaires, mais qui ne font cours qu'en cas d'empêchement du titulaire. Leur traitement est de 1.750 pesetas en province et de 2.250 à Madrid.

Les professeurs de la Faculté forment un Conseil ordinaire, sous la présidence de leur Doyen pris parmi eux. Le Doyen fait partie du Conseil Universitaire, composé des Doyens des Facultés, des Directeurs des Écoles spéciales établies au siège de l'Université et que préside le Recteur. Ce dernier, à la tête de chaque Université, pris parmi les professeurs, est l'agent et le représentant du gouvernement, non seulement dans l'Université, mais auprès de tous les établissements d'instruction du ressort académique, sauf pour les bibliothèques qui lui échappent totalement.

Le Recteur de l'Université de Madrid a un droit de présence sur ses collègues; il est illustrissime et touche un supplément de traitement de 2.500 pesetas par an.

Voici, d'après les renseignements officiels, le nombre des chaires dans les différentes universités :

DÉSIGNATION DES CHAIRES	Nombre des chaires dans les Universités de							
	Barcelone	Grenade	Madrid	Santiago	Séville (Cadix)	Valence	Valladolid	Saragosse
Anatomie descript. et embryol.	2	2	2	2	2	2	2	2
Histologie normale et patholog.	1	1	2	1	1	1	1	1
Physiologie ...	1	1	1	1	1	1	1	1
Hygiène.	1	1	1	1	1	1	1	1
Pathologie générale	1	1	1	1	1	1	1	1
Thérapeutique	1	1	1	1	1	1	1	1
Anatomie topographique	1	1	1	1	1	1	1	1
Technique anatomique			1					
Pathologie externe	1	1	1	1	1	1	0	1
Clinique chirurgicale	1	1	2	1	1	1	2	1
Cours théor. de gynéc. et accouch.	1	1	1	1	1	1	1	1
Cours clinique d'accouchement.	1	1	1	1	1	1	1	1
Pathologie interne	1	1	1	1	1	1	0	1
Clinique médicale	1	1	2	1	1	1	2	1
Maladie des enfants..	1	1	1	1	1	1	1	1
Médecine légale et toxicologie..	1	1	1	1	1	1	1	1
Histoire de la médecine			1					
Physique et chimie				1				
Sciences naturelles				1				
Professeurs adjoints			3				3	

(1) La principale somme des revenus devrait être tirée des droits d'inscription, des consignations déposées pour les examens, mais il y a un véritable impôt que prélève la direction générale de l'instruction publique au bénéfice du fisc, — Torras Campos en *Revista Espana*, 1893.

Il existe en plus, pour la Faculté de Madrid, et par décrets de 1886, 1895 et 1901, un enseignement spécial de maladies nerveuses et aliénation mentale, syphiligraphie, voies urinaires, ophtalmologie et laryngologie.

L'on peut voir par cette courte notice, que l'enseignement de la médecine est très sérieusement organisé, malgré plusieurs desiderata, tenant surtout à l'âge et à l'éducation générale un peu sommaire et peu scientifique des étudiants ; et que, particulièrement à Madrid, la Faculté, quoique peu bruyante, est l'égale de n'importe quelle autre Université étrangère, comme choix des professeurs et nombre de chaires ; malheureusement, les Facultés manquent d'argent, et c'est le plus grand obstacle à leur complet épanouissement : bibliothèques insuffisantes, travaux pratiques incomplets, comme le faisait observer le professeur de Lapersonne dans son rapport, et cela saute aux yeux quand on lit que le budget de 1902, de l'Université de Madrid (toutes facultés) est de 819.987 pesetas pour les recettes, et de 835.906 pour les dépenses, et que 39.000 pesetas représentent la totalité des crédits affectés au matériel des travaux pratiques pour toute l'Université.

Analyses de Travaux français et étrangers

Etudes scientifiques préparatoires pour établir une goutte de lait. — Stérilisation ou pasteurisation ? par le docteur G. Lancry, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société obstétricale de France, lauréat de l'Académie de médecine. — (Extrait des *mémoires de la Société Dunkerquoise*).

M. le docteur Lancry a édité, en une brochure de cinquante pages, une communication faite à la Société Dunkerquoise pour l'encouragement des sciences, des lettres et des arts, communication destinée à montrer l'utilité de l'installation d'une « Goutte de lait » à Dunkerque et à étudier dans quelles conditions doivent être alimentés les nourrissons secourus par cette œuvre.

Ce travail s'ouvre par l'exposé très bref de la situation de la France et, en particulier de la région du Nord, au point de vue de la mortalité des enfants du premier âge.

Mais cet exposé, basé sur les chiffres de Bareste et Giletta et de M. E. Carlier, ne satisfait point l'auteur qui, pour apprécier exactement la mortalité infantile dans l'agglomération dunkerquoise utilise, et à juste raison, le rapport entre les naissances et les décès d'enfants âgés de moins d'un an.

Les résultats ainsi obtenus donnent une moyenne de 26,1 % de décès par rapport aux naissances, moyenne encore supérieure

à celle que nous avions, en 1901, signalée en ce qui concerne la mortalité infantile à Lille et à Roubaix (1).

Mais ce que les chiffres de M. LANCRY offrent de particulier, c'est que la mortalité qui est de 231 pour mille à Dunkerque, est plus forte dans les localités environnantes : 275 à Saint-Pol ; 279 à Coudekerque-Branche ; 304 à Rosendaël ; 329 à Petite-Synthe.

Il serait intéressant de déterminer les causes qui influent si fâcheusement sur la mortalité infantile dans la banlieue dunkerquoise.

Quoi qu'il en soit, des faits aussi déplorables montrent suffisamment la nécessité de secourir les mères et de les aider à élever leurs enfants dans des conditions plus favorables.

Il faut, d'après l'auteur, remédier à l' « insuffisance maternelle » : insuffisance physique, si la mère n'a pas de lait ; insuffisance morale, si elle sait pas ou ne veut pas diriger judicieusement l'élevage de son enfant ; insuffisance sociale, si les rigueurs de la société actuelle la séparent de son enfant.

Notre confrère étudie alors la question du bon lait et, après avoir écarté les procédés délicats et les manipulations prolongées que nécessite la « maternisation » du lait, s'en tient à recommander, pour les cinq premiers mois, le coupage selon la formule de MARFAN.

A ce chapitre fait suite l'étude des procédés employés pour stériliser le lait. L'auteur étudie d'abord les microbes du lait, les toxines qu'ils sécrètent, les spores qui assurent leur reproduction et les températures nécessaires pour tuer les microbes et les spores. Cette étude le conduit à repousser la pseudo-stérilisation avec l'appareil SOXHLET-BUDIN.

Mais, reprenant ensuite un certain nombre des reproches peut-être un peu exagérés adressés au lait stérilisé industriellement (104°-110°), le docteur LANCRY conseille de s'adresser de préférence à la pasteurisation, préférable parce que les éléments du lait ne sont pas altérés ; le lait perd son odeur animale ; il n'a pas le goût de cuit ; à l'état de pureté il est mieux digéré que le lait stérilisé par les enfants débiles ; il n'a pas de microbes ; les spores qu'il renferme peuvent être considérés comme valeur insignifiante pour le nombre et la nocuité ; il conserve ses zymases ; pratiquement parlant il n'a pas de toxines.

Malgré les arguments invoqués par M. LANCRY et dont je ne méconnais point la valeur, je pense qu'il est prudent de ne pas rejeter d'emblée au second plan le lait stérilisé industriellement, dont l'emploi peut s'imposer, d'ailleurs, dans certaines circonstances, trop longues à étudier pour le cadre restreint de cet article.

La direction judicieuse de l'allaitement, alors abordée par l'auteur, est exposée avec clarté et précision. Il se trouve d'ailleurs, en ce qui concerne ce chapitre, d'accord avec presque tous les accoucheurs et les pédiatres.

Un dernier chapitre traite de l' « insuffisance sociale de la mère » et constitue un double appel à la Charité privée et à la sollicitude des administrations et des pouvoirs publics. M. LANCRY ne nous dit pas de quel côté il attend le secours le plus efficace, mais il est facile de deviner que l'initiative privée lui paraît préférable. Ce n'est point moi qui le contredirai. Les œuvres d'assistance ont besoin, pour être efficaces, d'une souplesse que l'initiative privée peut seule avoir et qu'on ne trouvera jamais, si excellentes que soient leurs intentions, dans des administrations hiérarchisées, paperassières et généralement centralisées et réglementées à l'excès.

Somme toute, le travail de M. LANCRY présente, en un heureux raccourci, l'ensemble des mesures nécessaires à la protection efficace des enfants du premier âge. Fait pour élucider cette question devant une Société savante, je suis certain qu'il aura atteint son but.

Mais, si je me plais à reconnaître les qualités du travail de M LANCRY, l'auteur me permettra bien de discuter certaines assertions un peu sévères et les critiques injustifiées qu'il adresse à certaines œuvres.

« Des gens à courte vue, écrit-il, ont reproché à la « Goutte de lait » de préconiser l'allaitement artificiel au détriment de l'allaitement maternel. » Il est certain que des hommes dont la compétence ne saurait être niée, ont émis des craintes à ce sujet. Peut-être, n'ont-ils pas eu absolument tort, ainsi que le prouve un article du docteur PEYROUX (d'Elbeuf) récemment paru dans la *Semaine Médicale*. Quelques « Gouttes de lait » ont été certainement plus nuisibles qu'utiles.

Les services rendus à Paris par la *Société pour la propagation de l'allaitement maternel*, à Rouen par la consultation de M. PANEL montrent bien quels merveilleux résultats on peut obtenir à peu de frais en dehors de la « Goutte de lait » proprement dite.

Je suis loin de nier les bienfaits des « Gouttes de lait » ; mais elles ont besoin d'un correctif pour ne pas justifier les craintes qu'elles ont suscitées. Ce correctif, c'est le secours donné à la mère qui allaite, et qui mérite bien d'être aidée tout autant que celle qui donne le biberon à son enfant.

Et puisque j'ai parlé plus haut de la *Société pour la propagation de l'allaitement maternel*, M. LANCRY me permettra de lui faire observer combien il a été injuste envers cette œuvre qu'il a classée parmi celles qui séparent l'enfant de sa mère. Cette société s'attache au contraire à aider la mère à élever et à allaiter elle-même son enfant, et ne mérite nullement d'être assimilée aux crèches et aux pouponnières que notre confrère a, avec tant de justesse et de netteté, si défavorablement jugées.

Somme toute, étant d'accord avec M. le docteur LANCRY sur les points les plus importants de la question qu'il a traitée, j'ai tenu, cependant, à marquer sur quels points nous différons. Notre confrère ne m'en saura certainement pas mauvais gré, sachant bien que les critiques adressées à un travail constituent la marque certaine de l'intérêt qu'il a éveillé.

Dr M. O.

(1) Voir *Echo médical du Nord*, 27 octobre 1901.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Obésité

Un homme, cité par WADD (*Remarks ou Corpulence*, London 1822), pesait 980 livres.

Th. BARTHOLIN cite un enfant de dix ans qui pesait 200 livres (*Historiarum anatomicarum Centuria*, III. cap. XXXII. Hafniæ, 1657).

On ne pouvait tirer Denys d'Héraclée de la somnolence où le plongeait son obésité qu'en le piquant avec une longue aiguille, ou en couvrant son corps de sangsues.

HEYSLER raconte l'observation d'un Anglais, obèse et mort à 28 ans, qui mangeait 18 livres de bœuf par jour.

Un obèse, cité par STŒBER, dans les *Archives de médecine* de 1820, consommait chaque jour 16 livres de viande ; plusieurs fois il mangea à la suite d'un pari, un veau entier dans la journée !

On lit, dans WORTHINGTON (thèse de Paris, 1875), qu'à Finale, en Ligurie, un enfant, né obèse, pesait si lourd à trois ans que la fille qui le soignait ne pouvait plus le porter.

Dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (décade 2, an VI), on lit qu'un enfant obèse était si gros que sa nourrice ne trouvait point de langes assez grands pour l'envelopper.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Comité Français d'organisation du **XIVe Congrès International de Médecine**, qui doit se réunir à Madrid, le 13 avril 1903, a l'honneur de prévenir les médecins français qui désirent participer à ce Congrès que :

1° Toute demande d'inscription doit être accompagnée de l'envoi d'une somme de 25 francs pour les médecins et de 10 francs pour les personnes de leur famille, qui les accompagneront et voudront participer aux avantages consentis par les Compagnies de chemin de fer française et espagnole (réduction de moitié) ; 2° Toute demande d'inscription doit spécifier la section dans laquelle on veut être inscrit ; 3° Jusqu'au 20 mars, les demandes d'inscriptions peuvent être envoyées soit au docteur RICHARDIÈRE, 18, rue de l'Université, soit au docteur LESNÉ, 2, rue de Miromesnil ; 4° Passé ce délai, les demandes d'inscriptions ne pourront plus être acceptées en France et devront être adressées directement à Madrid, au docteur CARO, Secrétaire-Général du Congrès, Faculté de Médecine (Madrid) ; 5° Les renseignements concernant les hôtels et les conditions du séjour doivent être demandés à M. JUNOT, directeur de l'Agence des Voyages pratiques, 9, rue de Rome (Paris).

On peut encore retenir des logements en s'adressant directement à Madrid, à l'adresse suivante : Comité du XIVe Congrès de Médecine (bureau des logements). Faculté de Médecine (Madrid).

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCE DE THÈSE

M. R.-L.-J. DESPLATS, de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 27 février 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 121, intitulée : **Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale, essais de sérothérapie de la variole.**

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences. — M. le professeur Robert KOCH a été élu membre associé étranger, en remplacement du professeur VIRCHOW.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs GRATIOT, de la Ferté-sous-Jouarre, GRIFFON, MAIRE-AMÉRO, : MESNARD, de Paris ; SIGAUD, de la Chambre (Savoie) ; GUYOT, de Calais (Pas-de-Calais).

Académie. — Ont été nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs BARBEILLON, BRABANT, BRAUN, BROCHARD, CHASTAIGNE, COTTIN, DORLIAT, GIGAUD-LAFONT, GRAUX, LAZARD, MARQUEYROL, TEUTSCH, DAULNOY, MOUNEYRAT, POULET, RAOUT, ROCHE, SIMNON, de Paris ; DE LACOMBE, interne des hôpitaux de Paris ; BRUNET, de la Varenne-St-Hilaire (Seine) ; CAILLET, d'Amboise (Indre-et-Loire) ; COURTET, médecin militaire : DEMAZIÈRE, à Morens (Dordogne) ; DUREY, à Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne) ; GARAUDEAUX, à Vouziers (Ardennes) ; JACQUOT, à Fontenoy-sous-Bois (Seine) ; LEVÊQUE, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; PARIZET, à Vichy (Allier) ; QUEYROL, à Badefolé d'Ans (Dordogne) ; ROZIER, à Pont-de-Cé (Maine-et-Loire) : THIÉRY, à Saint-Mihiel (Meuse).

Notre Carnet

Le 17 février a été célébré, à Tourcoing, le mariage de M. le docteur H. LAGACHE, de Tourcoing, avec Mademoiselle Clémence WAETJENS. Nous adressons nos meilleurs souhaits à notre confrère.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DESTORD, de Sivrac-sur-Dordogne ; DESCHAMPS, médecin des colonies à Thaub-Hoa (Annam) ; THÉRON, de Capestang (Hérault) ; REILHAC, de Saint-Nicolas (Tarn-et-Garonne) ; ARNAUD, de Montfort-en-Chalosse (Landes).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes, par J. MARION, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux 1 vol. in-8° de 541 pages avec 448 figures, chez A. Maloine libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris

Ce manuel s'adresse, comme le dit l'auteur dans sa pré-

face, aux étudiants et aux patriciens. — Malgré la restriction qu'il croit devoir faire, bien des chirurgiens y pourront également trouver leur profit.

L'auteur nous indique le but qu'il s'est proposé : mettre les patriciens à même de mener à bien des interventions qu'ils abandonnaient à d'autres, faute d'en connaître la technique. Ces opérations que l'auteur estime pouvoir être pratiquées par les médecins sont : 1° les opérations faciles, non dangereuses à la portée de tous ; 2° certaines opérations d'urgence ; 3° quelques opérations très bien réglées.

Pour chacune d'elles, un seul procédé, le procédé de choix, est exposé, avec clarté, méthode et simplicité ; précédant la description de l'intervention proprement dite se trouve un résumé de ses indications, l'énumération des instruments nécessaires, et s'il y a lieu le mode d'anesthésie, et les notions anatomiques indispensables à l'exécution de l'opération. Chacun des temps opératoires est ensuite minutieusement décrit avec figures à l'appui.

Mentionnons le nombre de ces figures qui toutes ont été dessinées par l'auteur ; c'est dire « qu'elles représentent ce qu'il a voulu qu'on y vit ». Elles sont simples, dégagées de toute ornementation inutile et par là singulièrement claires, ce qui est le principal.

En résumé, ce livre semble appelé à rendre les plus signalés services à ceux auxquels il s'adresse. Tout différent des traités de médecine opératoire classique, et des traités de technique chirurgicale que leur importance semble réserver aux chirurgiens, ce manuel vient répondre à un besoin qui se faisait sentir depuis longtemps.

OUVRAGES REÇUS

— **Action du sulfate de chaux chimiquement pur sur la phosphaturie**, par le docteur ETTERLEN, extrait du *Lyon Médical*, 1902.

— **Sur la situation topographique des capsules surrénales chez l'homme**, par le docteur G. GÉRARD, extrait des *Comptes-Rendus de l'Association des Anatomistes*, Montpellier, 1902.

— **De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales**, par le docteur A. POUSSON, extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, Malocin, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

8e SEMAINE, DU 15 AU 21 FÉVRIER 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	9
3 mois à un an	8	15
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	10	10
40 à 60 ans	10	8
60 à 80 ans	13	4
80 ans et au-dessus	3	2
Total	61	54

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	3	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	4	11	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	»	»	»	»	»	»	»	4	1	3	»	»	1	2	»	1	1	»	3	18	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	»	»	6	1	2	»	»	1	1	»	2	»	»	1	14	18
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	1	»	»	»	1	1	3	1	»	»	»	»	1	»	»	»	6	15	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	5	9	14
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	1	»	2	3	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	10	19	14
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	5	9	12
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	4	9	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	8
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	6
Total	7	1	»	1	1	1	1	3	22	7	12	»	»	6	5	1	4	2	»	41	115	129

N° 321. Septième Année. N° 10. Le Numéro : 10 centimes. 8 Mars 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Prothèse oculaire

Leçon clinique
faite à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le Professeur **de Lapersonne,**
recueillie par M. **Coulomb,** externe du service

MESSIEURS,

Voici un sujet de pratique journalière qui mérite d'attirer toute notre attention. L'usage des yeux artificiels n'est pas seulement utile pour masquer une difformité du visage, c'est plus qu'une question d'esthétique ; ils empêchent la chute de la paupière supérieure, dont les cils viendraient dans la cavité orbitaire et produiraient une conjonctivite très gênante. Pour les ouvriers, pour les employés, pour les domestiques, il y a plus encore ; c'est une véritable question vitale, car ces malheureux sont impitoyablement refusés lorsque la perte d'un œil ou son atrophie donnent lieu à une difformité apparente. La loi de 1898, sur les accidents de travail, a augmenté dans de telles proportions la responsabilité du patron que celui-ci hésitera toujours à embaucher un ouvrier qui a une tare aussi apparente.

Pour les conseils et pour les soins que nous devons donner aussi bien aux ouvriers que nous voyons à l'hôpital qu'aux malades de notre clientèle privée, il est donc de notre devoir de bien connaître cette question. Ajoutez, du reste, que si vous exercez loin d'un grand centre et si vos opérés peuvent difficilement se déplacer, il vous faudra fréquemment vous mettre en rapport avec l'ocularistе et lui donner des indications précises.

Quels sont les qualités que doit posséder un œil artificiel ?

1° Il doit être aussi semblable que possible à l'œil du côté opposé, par ses mouvements, par son relief, par sa forme et par sa couleur.

2° Il doit être facilement supporté dans la cavité orbitaire.

I. — Les mouvements et le relief dépendent en grande partie du chirurgien, je veux dire que le chirurgien doit s'efforcer de choisir les opérations qui permettent à l'œil artificiel d'avoir la plus grande excursion possible, tout en permettant la facile occlusion de la fente palpébrale et le clignement habituel. Ainsi la coque de verre, étant lubréfiée à chaque instant par les larmes, conserve son aspect miroitant. — Les meilleures conditions à cet égard existent lorsque l'œil n'a pas été énucléé. Cela est

connu de tout temps. Ambroise PARÉ disait que le moignon doit être volumineux, et SAINT-YVES, au XVIII[e] siècle, insistait sur le relief qui donne à l'œil un aspect vivant.

On peut placer, comme on sait, la pièce artificielle devant un œil atrophié, soit que la cornée devenue plus petite ait encore conservé sa transparence, soit que la totalité du globe présente un aspect cicatriciel, comme porcelainique.

Le moignon peut résulter d'*une opération partielle*, ablation du segment antérieur de l'œil ou kératectomie ; dans ces conditions, la prothèse est parfaite. Vous avez vu ces jours-ci un enfant qui est admirablement corrigé de sa difformité. Vous vous rappelez que j'ai fait chez cette petite fille une opération de CRITCHETT avec sutures du moignon à points séparés. Il en est résulté une légère saillie de la cicatrice en dedans et en dehors, mais ces saillies sont peu accusées et sont parfaitement disposées pour imprimer à la pièce artificielle des mouvements de latéralité très étendus.

Dans l'exentération simple, ou éviscération de NOYES-GRŒFE, on fait, comme vous le savez, un curage complet de la cavité oculaire après ablation de la cornée. Le moignon est sans doute adhérent aux muscles droits et par conséquent très suffisamment mobile, mais ce moignon, composé exclusivement de la coque sclérale, se rétracte beaucoup et de fait, quelques mois après, il est souvent difficile de reconnaître un tel moignon d'une énucléation complète. On s'est ingénié à éviter cette rétraction du moignon en plaçant dans la coque oculaire des corps étrangers aseptiques comme des boules de verre (opération de MULES), mais bien souvent, malgré toutes les précautions, ce corps étranger est mal supporté : la coque sclérale et la conjonctive, prises entre l'œil et le vitré artificiel, finissent par s'ulcérer et la boule de verre est éliminée.

Dans mon opération de l'exentération ignée, pratiquée pour des cas graves de panophtalmie, je ne vise pas à une prothèse parfaite, cependant, lorsque l'état des membranes profondes et des parties postérieures du vitré le permet, nous pouvons laisser dans la cavité oculaire des tissus suffisants pour matelasser un moignon d'un assez gros volume et pourvu de mouvements étendus. Vous avez vu ces jours-ci une malade opérée dans ces conditions par M. PLEY et dont la pièce artificielle est très mobile.

L'énucléation de l'œil laisse toujours une cavité beaucoup plus profonde. C'est une des raisons pour lesquelles, depuis longtemps déjà, les oculistes ont essayé de limiter ses indications. Cette question a été discutée avec grand soin à la Section d'Ophtalmologie du Congrès de 1900, après avoir fait le sujet de rapports extrêmement intéressants de SNELLEN, PFLUGER, DE SCHWEINITZ, SWANZY. Il est évident cependant que l'énucléation restera toujours indiquée dans les cas d'ophtalmie sympathique, de traumatismes graves, de néoplasmes intraoculaires et même de certains processus glaucomateux.

Quelle que soit la pièce artificielle, il y aura toujours un enfoncement plus ou moins accusé au niveau de la paupière supérieure, par suite de la traction en arrière du releveur de la paupière supérieure. Lorsque le globe est en place, le ligament orbitro-palpébral forme une sorte de tendon d'arrêt qui limite cette rétraction et la paupière tend à s'enrouler sur le globe. Il n'en est plus de même après l'énucléation, il existe toujours un changement de direction dans l'action du muscle.

Un second inconvénient c'est qu'après l'énucléation la pièce artificielle est immobile et ne possède que des mouvements très limités qui contrastent avec les mouvements de l'œil opposé. Il n'y a pas de point d'appui ; les muscles droits sont bien conservés, mais ils sont enfoncés dans l'orbite. Pour parer à cet inconvénient, on a essayé de faire des moignons artificiels en plaçant dans la cavité orbitaire des corps étrangers, comme des éponges aseptiques. LAGRANGE, après CHIBRET a été plus loin et paraît avoir obtenu de bons résultats en introduisant un corps organique, l'œil d'un lapin sur lequel on suture les muscles droits et qu'on recouvre exactement d'un manteau conjonctival. Il reste à savoir si ce moignon artificiel d'un nouveau genre peut être indéfiniment supporté. Il faut reconnaître que tous ces moyens sont palliatifs et qu'il y a de ce chef pour l'énucléation une infériorité marquée.

Aussi l'art de l'oculariste ne doit pas seulement chercher à perfectionner la forme, la couleur, l'aspect naturel de l'œil de verre, il doit essayer encore de donner le même relief que du côté opposé, sans cependant gêner l'occlusion des paupières.

Si grands que soient les progrès faits par cet art pendant le XIX[e] siècle, il ne faut pas croire qu'il soit d'invention moderne.

Il paraît nous venir de l'ancienne Egypte. Bien

avant l'Ère chrétienne, l'ophtalmologie y était en très grand honneur, si bien que les médecins grecs et arabes, chez lesquels nous puisons tant de procédés de médecine opératoire spéciale, paraissent avoir été précédés et instruits par la tradition des oculistes égyptiens. Comme chez beaucoup de peuples primitifs cette partie de l'art de guérir était pratiquée exclusivement par des collèges de prêtres qui gardaient jalousement leurs secrets. Hérodote raconte que Cyrus, roi de Perse, déclara la guerre à Amasys d'Egypte, parce que celui-ci avait refusé de lui envoyer un oculiste fameux. Malgré toute l'importance du rôle social que nous sommes appelés à remplir, je ne crois pas que notre commencement du XXe siècle assiste à une déclaration de guerre pour le même motif.

C'étaient ces mêmes prêtres qui avaient perfectionné la prothèse oculaire, empruntée d'ailleurs à un autre art très en honneur dans l'ancienne Egypte, je veux dire l'embaumement des momies. Vous avez entendu dire que, pour conserver leurs cadavres, les Égyptiens enlevaient les viscères, vidaient la cavité crânienne par des orifices pratiqués dans les fosses nasales et la remplissaient de parfums. De même, ils énucléaient les yeux et ils plaçaient dans la cavité orbitaire des pièces en argent ou en or recouvertes d'émail, ayant sensiblement la forme de la coque artificielle, dont nous nous servons encore aujourd'hui. Je vous présente une de ces curieuses pièces en argent, dont l'émail a malheureusement disparu depuis longtemps. Elle appartient à votre camarade d'externat M. Coulomb, dont la famille a depuis longtemps pu réunir des pièces extrêmement curieuses.

Les yeux artificiels que l'on plaçait sur les statues grecques avaient quelques analogies avec celui-ci. Vous en trouverez encore sur des statues du Louvre. Il semble que la statuaire moderne veuille revenir à cette pratique pour donner plus de naturel au visage.

A quelle époque a-t-on fait la prothèse oculaire chez l'homme vivant ? C'est ce qu'il est bien difficile de dire ; cependant il est certain que trois siècles avant Jésus-Christ, sous un des Ptolémés, on faisait déjà porter des yeux artificiels et voici, de la collection de M. Coulomb, une pièce qui date de cette époque (œil éthiopien), dont la forme ne diffère pas sensiblement de l'œil artificiel moderne.

Jusqu'à la Renaissance ces pièces ont été faites en or ou argent et recouvertes d'un émail plutôt grossier. Les premiers essais d'œil artificiel de verre paraissent avoir été faits à Venise, vers la fin du XVIe siècle. De même que pour les admirables cristaux que nous admirons encore, les ouvriers étaient tenus au secret le plus absolu. Ils étaient isolés dans l'île de Murano et lorsque l'un d'eux parvenait à s'échapper, il était poursuivi par les sbires du Conseil des Dix et assassiné quel que soit l'endroit où il était réfugié. Et cependant, les pièces qui datent de cette époque paraissent bien grossières et ne font guère illusion. Elles sont simplement peintes sur la surface concave et elles ne paraissent pas avoir de chambre antérieure.

C'est l'industrie française qui, à partir du commencement du XIXe siècle, a porté au plus haut degré le perfectionnement de cet art, avec les noms de Hazard-Mirault, de Desjardins et de Boissonneau.

Parmi les essais les plus récents, je ne ferais que citer les yeux en porcelaine qui sont trop lourds ; les yeux en celluloïde très légers, mais sur lesquels on est obligé d'enchâsser une cornée de verre avec un rebord coupant qui, bien vite, blesse la conjonctive.

Le verre émaillé donne encore les meilleurs résultats : il est modelé au chalumeau et on lui donne les formes les plus variées ; voyez, par exemple, cette curieuse pièce portée par la jeune Espagnole que nous avons opérée dernièrement.

C'est particulièrement dans la fabrication des bords de la pièce que résident les plus grandes difficultés : des bords trop tranchants, comme ceux de fabrication allemande, finissent par produire des ulcérations mécaniques de la conjonctive ; il faut que ces bords soient légèrement arrondis et même fortement évasés. Les bords rentrants, qu'on a essayé, ont l'inconvénient d'emprisonner les sécrétions conjonctivales. Mais la tentative la plus curieuse à cet égard ce sont les yeux artificiels à double paroi que Snellen a présentés au Congrès de 1900. Ils ont le grand avantage de donner plus de relief et d'éviter les érosions de la conjonctive. Leur grave inconvénient c'est que, si on remplit la cavité avec une substance quelconque, comme la cire, ils sont trop lourds, et s'ils sont seulement remplis d'air, la dilatation ou la rétraction de cet air, par suite de changements brusques de température, par exemple l'œil étant plongé dans l'eau froide, peuvent faire fendre la coque. De plus il est impossible de modifier la forme de ces pièces soufflées à la lampe.

Une question délicate c'est de trouver exactement la forme à donner à la pièce artificielle : généralement c'est en choisissant dans des collections, que l'on finit

par trouver la pièce qui s'adapte exactement à la cavité et c'est ensuite à l'oculariste à donner la couleur convenable. Il faut reconnaître que ce moyen est très approximatif. On s'est alors ingénié à prendre le moulage de la cavité orbitaire, en plâtre, en caoutchouc, en gutta-percha avec la pâte spéciale employée par les dentistes, dite pâte de GIBERT. Tout récemment, DOMEC a fait un emploi très ingénieux de la paraffine qui est demi-molle à 40° et se solidifie à 35 ou 36°. La paraffine étant préparée d'une façon spéciale, DOMEC conseille de remplir la cavité avec de la paraffine ramollie et d'appliquer un pansement pendant environ une demi-heure. Il retire alors le bloc légèrement saillant entre les paupières, et au moyen d'un grattoir, il enlève l'excès de paraffine situé en avant et en arrière, se gardant bien de toucher aux bords qui donnent la forme exacte que devra épouser la pièce artificielle. Il replace enfin le bloc de paraffine ainsi travaillé et il indique au moyen d'un compas le siège du centre de la pupille ainsi que les diamètres de cette pupille et de la cornée. — Je reconnais que ce procédé offre quelques difficultés d'application, mais, lorsqu'on exerce en province, il est très utile pour donner un moule exact, qui sera envoyé à l'oculariste avec les indications des couleurs des différentes parties de la pièce.

II. — Je vous disais tout à l'heure que la seconde condition d'un œil artificiel, c'est qu'il soit facilement supporté. — Il faut donc éviter de prendre un œil trop gros, empêchant l'occlusion des paupières et, par conséquent, comprimant la muqueuse des culs-de-sac qui finit par s'érailler. Il faut dire au malade de ne porter cette pièce que pendant quelques heures les premiers jours et jamais pendant la nuit. Il est indispensable de lui indiquer la manière de l'enlever et de la remettre au moyen d'un petit crochet mousse spécial, de lui recommander les soins extrêmes de propreté : lavage des mains ; irrigations de la cavité oculaire à l'eau boriquée au moyen d'une poire ou d'une seringue ; conservation de la pièce pendant la nuit dans l'eau boriquée. Malgré ces soins, il est bien difficile de conserver un œil artificiel plus d'un an, sans la voir se dépolir ou se charger de sels calcaires.

Y a-t-il des dangers à l'usage d'une pièce artificielle? Je pense que l'ophtalmie sympathique, dont on a parlé lorsqu'il restait un moignon d'œil, est facile à éviter : il est de toute évidence qu'on ne doit jamais recommander l'usage d'une coque si l'œil phtisique est encore atteint d'irido-cyclite, s'il est douloureux à la pression ou s'il y a encore de l'infection ciliaire.

Le plus gros inconvénient, souvent difficile à empêcher, est la production de la conjonctivite du moignon : elle reconnaît des causes mécaniques (pièce à bords tranchants ou usée) et des causes infectieuses par suite du transport de germes pyogènes, venus du dehors ou existant dans les voies lacrymales.

Cette conjonctivite entraîne très vite la formation d'ulcérations et de bourgeons charnus qui prennent quelquefois un volume considérable. — Par suite de la transformation de ces bourgeons charnus en tissu de cicatrice, il se produit des brides qui diminuent la grandeur de la cavité orbitaire et obligent à changer la pièce artificielle de plus en plus petite. On aboutit enfin à un symblépharon total qui rend impossible l'usage d'une coque.

C'est dans ces conditions que se trouvent les trois malades que je viens de vous présenter.

La jeune Espagnole, que nous avons opérée la première, a perdu un œil à la suite d'une ophtalmie purulente. Sans avoir subi aucune opération, grâce à la fonte presque totale du globe oculaire, elle a pu porter un œil artificiel en 1898. En 4 ans, elle l'a changé quatre fois, mais malgré cela, des brides cicatricielles se sont formées et ont énucléé la pièce la plus petite. Décidée à tout pour cacher son infirmité, elle a subi sans résultat des opérations destinées à détruire les brides cicatricielles.

Vous avez vu que pour refaire une cavité orbitaire nous avons été obligés de pratiquer des opérations autoplastiques assez importantes.

Des deux hommes que je vous ai présentés, l'un est un garçon boucher qui, à la suite d'un traumatisme, a dû subir l'énucléation : il a porté un œil artificiel qui a donné lieu à une infection conjonctivale avec toutes ses conséquences. A son entrée à la clinique, les deux bords palpébraux étaient réunis d'un bout à l'autre par de courtes fibres cicatricielles.

Le troisième malade a un moignon d'œil très réduit par suite d'ophtalmie purulente, il n'a subi aucune opération et n'a jamais porté jusqu'à présent d'œil artificiel, mais il se voit refuser l'entrée de tous les ateliers et demande que nous l'aidions à corriger sa difformité.

Pour obvier à ce symblépharon spécial il faut : 1° ouvrir largement les culs-de-sac conjonctivaux ;

2° transplanter des lambeaux qui empêcheront la reformation du tissu cicatriciel.

On n'a pas manqué d'essayer ici la transplantation de lambeaux sans pédicules ; on a employé la muqueuse de la lèvre, celle du vagin ; on a porté de larges lambeaux cutanés taillés d'après la méthode de Lefort-Wolf. Haltenhoff a suturé de la peau de grenouille. Le grand obstacle que je vois à la réussite de ces différents procédés, ce n'est pas leur tendance trop grande à se sphacéler ; au moyen d'une antisepsie rigoureuse, en multipliant les sutures, on peut éviter la gangrène du lambeau. Mais le lambeau transplanté n'a qu'une vitalité très précaire pendant plusieurs semaines, de telle sorte que le tissu sous-conjonctival reforme très vite des bourgeons charnus et un tissu de cicatrice qui réduit à nouveau la profondeur du cul-de-sac et par conséquent rend inefficace ce lambeau qui ne forme plus qu'un bourrelet disgracieux et inutile.

Je crois qu'il faut donner la préférence aux lambeaux pédiculés pris sur la peau de la région voisine et introduits dans la cavité orbitaire. Cette peau peut être assez fine pour remplacer la muqueuse et servir de support à l'œil artificiel.

Parmi les différents procédés autoplastiques qui ont été préconisés, un des plus ingénieux est le lambeau en raquette de Snellen, Lippincott et Panas. Il consiste à tailler une raquette dans la région temporale et l'introduire dans la cavité orbitraire, préalablement disséquée, à travers une boutonnière pratiquée à quelques millimètres en dehors de l'angle externe de l'œil. Au bout d'une quinzaine de jours, on détache le pédicule, dont la torsion serait disgracieuse.

Pour corriger un symblépharon de la paupière supérieure, Samelsohn taille un large lambeau quadrangulaire de la paupière inférieure, il le mobilise, le renverse complètement en haut et l'introduit, comme dans un portefeuille, dans le cul-de-sac conjonctival supérieur préalablement débarrassé de ses cicatrices. Au bout de quelque temps, le lambeau est détaché de la paupière inférieure.

Maxwell taille un croissant de peau à la paupière inférieure, adhérant à ses deux extrémités, et il l'introduit à travers une boutonnière dans le fond du cul-de-sac inférieur.

Ces quelques exemples suffisent à nous montrer combien on s'est ingénié à corriger le symblépharon. Ces procédés me paraissent cependant avoir un inconvénient très grand : pour façonner les lambeaux, dans une cavité orbitaire toujours rétrécie, nous manquons d'espace et les sutures ne peuvent être placées avec tout le soin désirable. C'est pour cela que vous m'avez vu employer, chez nos trois malades, un procédé plus large, qui nous permet d'avoir beaucoup de jour et qui ne laisse pas de cicatrices beaucoup plus apparentes.

J'ouvre très largement l'angle externe et je dissèque du bord libre vers le fond du cul-de-sac le tissu cicatriciel de la paupière inférieure, par exemple. Sur cette surface cruentée, j'applique un large lambeau emprunté à la peau de la paupière inférieure, taillé à la manière des lambeaux de Flicke dans les blépharoplasties.

S'il est nécessaire de faire aussi un cul-de-sac supérieur, dans un second temps, j'emprunte un lambeau à la tempe, et ce lambeau est, après torsion, appliqué dans le cul-de-sac supérieur. Plus tard, je fais un avivement qui rapproche les deux parties très écartées de l'angle externe et je refais dans une certaine mesure un cul-de-sac externe.

Vous avez pu juger chez nos malades du bon résultat de ces opérations.

Quelques mots sur le Congrès du Caire. Sa raison d'être. Son utilité.

Par M. **Davrinche**, interne des Hôpitaux

Parmi les moyens si nombreux que possèdent les savants pour répandre leurs découvertes, il en est quelques-uns auxquels les communications de jour en jour plus faciles et plus rapides ont donné une extension vraiment étonnante. Il en est même qui, actuellement, sont devenus une véritable mode et qui sont arrivés à exercer sur le public scientifique cet entraînement un peu irréfléchi qui vous porte vers tout objet à la mode ; je veux parler des congrès.

Mais c'est surtout dans le monde médical et c'est surtout aussi en Europe que cet engouement s'est manifesté avec le plus d'intensité. Il serait même intéressant de dresser une statistique et de voir à combien s'élève chaque année le nombre de ces congrès nationaux ou internationaux qui se tiennent non seulement dans les grandes capitales, mais encore dans les villes de province de quelque importance, chacune d'elles considérant comme obligatoire l'honneur de voir figurer son nom dans les bibliographies médicales. Cette grande fréquence des congrès en

Europe a du reste soulevé dans plus d'un journal de médecine de très justes critiques.

Or tandis que les médecins européens affectionnent à ce point les grandes réunions, il est curieux de constater qu'il n'en est pas de même ailleurs. Et pourtant l'Europe ne possède pas à elle seule le monopole du travail et de la science ; elle n'est pas non plus hélas ! l'unique pays où l'on souffre et où s'impose la nécessité de travailler en commun au soulagement de ses maux. Il existe dans les autres parties du monde des affections terribles contre lesquelles on est encore trop peu armé, contre lesquelles les médecins nationaux luttent patiemment, courageusement, mais avec des résultats souvent disproportionnés à leurs efforts, et souvent aussi sans que la science retire grand bénéfice des nombreuses observations qu'ils sont à même de faire. Ces médecins qui sont des timides, qui ont peur pour ainsi dire de communiquer aux autres ce qu'ils ont vu se rencontrent surtout en Egypte. Et pourtant quel autre pays avait plus besoin de cette grande consultation médicale que constitue un congrès ? Quel autre pays avait plus besoin de réunir ses efforts pour lutter contre des maux sans cesse envahissants ?

L'Egypte, en effet, qui, au point de vue économique, est encore selon l'expression d'Hérodote « un présent du Nil » trouve, au point de vue de sa santé, un fléau redoutable dans ce Nil fertilisant. La majeure partie de la population égyptienne est obligée d'emprunter au fleuve son eau potable et si la classe cultivée prend la précaution de filtrer cette eau, il est loin d'en être ainsi pour les gens du peuple. A l'endroit même où on lave le linge, où on conduit boire les bestiaux, les femmes puisent avec leurs amphores, les vendeurs d'eau emplissent leurs outres et vont faire la distribution dans le village ou dans la ville.

Au Caire, à Alexandrie, une partie de la population reçoit son eau potable par une canalisation dans laquelle l'eau du Nil n'arrive qu'après avoir subi une épuration préalable. Mais même dans ces conditions cette eau n'est pas sans danger et il est imprudent de la boire sans lui avoir fait subir une seconde filtration. Or, si cette précaution est de rigueur dans les hôtels et chez les particuliers aisés, elle est chose inconnue pour l'immense majorité des habitants. On comprendra facilement que dans de semblables conditions, toutes les maladies transmissibles par l'eau trouveront en Egypte des moyens de propagation remarquables; on comprendra également l'extension rapide que prendront les épidémies qui ont l'eau pour principal vecteur de leurs agents pathogènes, extension qui fut pour ainsi dire foudroyante dans l'épidémie de choléra de 1902.

Le cadre nosologique se trouve donc forcément augmenté en Egypte, et bien des maladies qui sont chez nous l'exception y deviennent prédominantes.

Un médecin égyptien, par exemple se trouve-t-il en présence d'une hématurie, ce n'est pas à un calcul, à une tumeur ou à de la tuberculose qu'il va penser tout d'abord, mais à la Bilharzia. Sa première recherche ne sera pas une exploration vésicale, mais un examen microscopique de l'urine qui lui décèlera bien souvent la présence des œufs de ce parasite. L'exploration vésicale ne sera cependant pas négligée car la Bilharzia, on le sait, est une cause très fréquente de calculs. Pour nous une fistule urinaire éveille tout de suite l'idée d'un rétrécissement en arrière duquel s'est formé un abcès devenu fistuleux ; en Egypte c'est encore à la Bilharzia que l'on pense. Un malade est-il anémique, ce n'est pas son sang que l'on porte en premier lieu sous le microscope mais des parcelles de matières fécales dans lesquelles la plupart du temps on trouve des œufs d'ankylostome.

Voyons-nous un malade ayant une douleur dans le côté droit et faisant de la fièvre, nous pensons tout d'abord à une pleurésie, à un kyste hydatique suppuré et ce n'est qu'ensuite que nous songeons à demander au malade s'il a eu la dysenterie. En Egypte, c'est par là que l'on commence l'interrogatoire et l'on soupçonne de suite un abcès du foie. Nous pourrions encore citer de même une foule d'autres maladies telles que la filariose, la malaria, la lèpre, la pellagre et surtout l'ophtalmie.

Or, était-il admissible qu'un pays tel que l'Egypte qui se meurt véritablement de ces maux, restât plus longtemps inactif au milieu du mouvement de science et de philanthropie qui tourmente aujourd'hui l'humanité ? Surtout qu'un certain nombre de ces fléaux qui la rongent ne nous sont pour ainsi dire connus que par les désastres qu'ils causent. Et en effet, si nous connaissons la Bilharzia, la filaire, si nous accusons les amibes nous sommes loin de connaître exactement leur mode de pénétration dans l'organisme et nous ignorons en grande partie aussi les moyens de nous en débarrasser.

Sans doute nous sommes plus avancés sur la ma-

laria, l'ankylostomiase, l'ophtalmie dite égyptienne, la peste, le choléra et là du moins si nous ne pouvons pas toujours prescrire un traitement éprouvé, nous pouvons cependant indiquer des mesures prophylactiques efficaces. Mais si de semblables mesures sont relativement faciles à faire accepter en Europe, il est loin d'en être ainsi en Egypte. Et quel que soit le zèle et le dévouement des médecins, il est bien certain que, réduits à leurs propres forces, ils ne réussiront pas à convaincre les indigènes de la nécessité de filtrer leur eau de boisson, du danger qu'il y a, la question de propreté mise à part, à boire la même eau dans laquelle on vient de se laver, à faire ses ablutions avec l'eau croupissante des mosquées et à porter sur sa peau et dans ses vêtements de quoi garnir parfois toute une collection d'insectes. Il y a là des préjugés, il y a là une ignorance contre lesquels le courage individuel est impuissant et où il faut, pour vaincre, l'appui des autorités. Or ces autorités, comme tout ce qui est oriental, ne sont pas faites pour les innovations, pour les initiatives surtout qui auront pour résultat de bouleverser un tant soit peu des habitudes séculaires enracinées dans la population. Si la vérité sur les maux du pays, si les moyens d'y remédier ne leur sont pas annoncés avec un certain éclat, une certaine solennité, au milieu d'un décor frappant, tout cela restera lettre morte. Partout en Egypte, on continuera librement à boire sans la filtrer l'eau rougeâtre du Nil, partout on continuera à laver dans le bassin des mosquées les cadavres d'individus qui ont succombé à des maladies contagieuses, le système d'épuration des eaux à Alexandrie et au Caire restera aussi primitif et aussi défectueux et les fosses d'aisance de certaines maisons d'Alexandrie continueront à être remplies jusqu'à la hauteur du premier étage !

Dans toutes les catégories sociales en Egypte il y a dans le caractère un fonds de somnolence et d'apathie qui a besoin d'être secoué et le Congrès du Caire n'aurait-il eu d'autre mérite que de faire du bruit qu'il aurait déjà rendu un service appréciable.

Si donc il était logique, s'il était nécessaire même de mettre à contribution l'expérience inutilisée des médecins égyptiens pour essayer d'éclaircir tant de points obscurs qui existent encore dans les maladies des pays chauds, il n'était pas moins nécessaire de proclamer bien haut des vérités méconnues ou frappées d'indifférence. Comme le disait le docteur VORONOFF en parlant du congrès : « La voix des savants résonnant dans une grande et solennelle assemblée scientifique ne se perdra plus comme cela arrive lorsqu'on exprime son avis dans quelque brochure ou article de journal. »

Mais ce Congrès du Caire qui, de l'autre côté de la Méditerranée, apparaissait à tous comme devant être un événement important pour la santé de l'Egypte, n'était pas non plus dépourvu d'intérêt pour nous autres européens. C'est qu'en effet, ainsi que le disait le professeur Bouchard, « située aux portes de l'Orient, l'Egypte est la sentinelle qui protège l'Occident, l'Egypte est la digue sur laquelle se brise le flot de la barbarie avec ses menaces pestilentielles. » D'autre part en tant que peuples colonisateurs, nous avons tout à gagner à ce qu'on arrive à une connaissance plus approfondie des maladies des pays chauds et rien n'était plus logique pour les nations européennes que de s'associer à ce congrès.

Ce ne fut du reste pas simplement une magnifique promenade au pays des Pharaons que nous fîmes en allant en Egypte ; il y eut au congrès des communications très importantes qui exigèrent de leurs auteurs de longs et consciencieux travaux. Pour ne parler que des plus intéressantes en ce qui concerne les maladies des pays chauds, nous citerons celles de KARTULIS et de MÉTIN sur la dysenterie, celles de BITTER et de LEGRAND sur la peste et le choléra, de Loos, de LORTET et d'ALI LABID sur la bilharziose, de KARTULIS, de VORONOFF, de LEGRAND et de MARTIN sur les abcès du foie et enfin celle de MOHAMED ELOUI BEY sur les granulations conjonctivales.

Il suffira pour indiquer la valeur de ces communications de dire qu'aux discussions qu'elles provoquèrent prirent part des savants européens tels que BOUCHARD, CHANTEMESSE, MARAGLIANO, MARIANI, COURMONT, LORTET, GIORDANO, etc.

Les organisateurs du congrès auront eu de plus la satisfaction d'entendre dénoncer bien haut la cause des maux dont souffre l'Egypte et de voir émettre des vœux qui, s'ils se réalisent, auront les plus grandes conséquences au point de vue sanitaire.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 fevrier 1903

Présidence de M. GAUDIER, président.

Actinomycose cutanée de la région fessière

M. Folet. — Voici un malade de mon service, ouvrier agricole d'aspect robuste, qui, il y a deux ans, vit appa-

raître derrière le trochanter droit une induration d'abord très limitée de la peau, laquelle s'étendit et augmenta lentement. Aujourd'hui vous voyez cette large plaque circulaire de 15 cent. de diamètre, occupant la fesse droite depuis le trochanter jusqu'au pli interfessier et jusqu'au très proche voisinage de l'anus; plaque hérissée de saillies longitudinales inégales, irrégulièrement parallèles et limitant entre elles de petites dépressions, vallées peu profondes entre des chaînes de montagnes à arêtes mousses. Cela a un peu l'aspect des photographies sidérales de volcans lunaires. Si vous préférez une comparaison moins ambitieuse, cela ressemble vaguement à une gaufre. Le tout coloré de nuances variant du violet lie de vin, au jaune brun et au rose. Cette plaque n'est pas fortement adhérente aux plans profonds, mais elle ne glisse pas librement non plus. Il y a épaississement du derme et sans doute du tissu cellulaire sous-jacent. Le long de certaines arêtes de ce gaufrage existent des rainures, d'étroits ravins, d'où suinte un liquide sanieux. Certains points paraissent plus mous que l'ensemble du gâteau dont la consistance générale est ferme et scléreuse. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression légère. Il faut appuyer assez fort pour éveiller une souffrance minime.

Qu'est-ce que cette lésion? Cela ne ressemble ni à de la bacillose cutanée, ni à des lésions gommeuses de syphilis. Il n'y a d'ailleurs aucun antécédent. Mon chef de clinique, M. le Dr LE FORT, qui a vu en divers pays des actinomycoses cutanées, me dit que ce que nous avons sous les yeux y ressemble fort. Je n'ai vu pour ma part que deux cas d'actinomycose faciale ostéo-cutanée, publiés dans la thèse de M. DELÉARDE et reproduits dans le traité de PONCET-BÉRARD; je ne connaissais pas la forme cutanée pure. Mais le fait est qu'il y a une ressemblance marquée entre une planche d'actinomycose du cou figurée dans ce livre et la plaque gaufrée de la fesse de notre malade; et la similitude est encore plus frappante si vous comparez cette planche avec la photographie de notre lésion, ainsi que vous en pouvez juger par vous-même.

Le diagnostic clinique d'actinomycose me semble donc probable et il est aisé de comprendre la genèse de la lésion : soit, comme je l'avais pensé tout d'abord, par inoculation au niveau d'une écorchure péri-anale dans l'essuyage post-défécatoire de la région au moyen d'une poignée de foin ou de paille; soit par le contact d'une écorchure de la fesse, à travers un trou de la culotte, avec de la paille chargée d'actinomycose sur laquelle le malade se serait couché ou assis. C'est ce dernier mode qui doit être le vrai, car le malade est très affirmatif sur le siège juxta-trochantérien de l'induration initiale.

Mais, si le diagnostic clinique est vraisemblable, le diagnostic microscopique n'est pas fait encore. Il n'y a pas de grains jaunes constatables à l'œil nu dans le liquide suintant de la lésion; et notre très compétent collègue, M. VERDUN, qui a examiné ce liquide au microscope, n'y a pas encore découvert le champignon caractéristique. J'ai soumis le malade au traitement ioduré *intus et extrà*, et je compte faire sous peu des raclages et des évidements des foyers. Peut-être dans les débris que nous recueillerons ainsi trouvera-t-on l'actinomycète. Je tiendrai la Société au courant.

M. **Charmeil** montre le moulage d'une lésion analogue à celle que porte le sujet présenté. D'autre part, il présente des photographies de blastomycoses voisines d'apparence avec ce que l'on observe chez le malade de M. FOLET. Ces photographies sont extraites du mémoire de HYDE et MONTGOMERY (*American Med. Associat.*, juin 1901, Saint-Paul).

M. **Gaudier** rappelle les pseudo-actinomycoses décrites par DOR.

M. **Le Fort** a visité beaucoup d'hôpitaux étrangers et rencontré fréquemment l'actinomycose. Dans bien des cas, le champignon parasite ne peut être décelé.

Cancer du voile du palais, de l'amygdale et du plancher de la bouche traité par la quinine

M. **Gaudier** montre le malade atteint de ce cancer, chez lequel deux grammes de chlorhydro-sulfate de quinine par jour ont amené une réelle amélioration.

M. **Surmont** donne, avec de bons résultats, la quinine dans les épithéliomas du tube digestif.

M. **G. Gérard** a constaté une amélioration par ce traitement dans un cas de cancer de l'ovaire.

M. **Oui** a observé une trêve de dix mois au cours d'un cancer utérin traité par la quinine à la dose journalière de 0 gr. 75.

M. **Carlier** donne depuis trois ans la quinine avec un certain succès. Ainsi, chez un malade atteint de cancer du rectum, l'amélioration est considérable par l'injection journalière, sous la peau, d'un gramme de quinine.

M. **Gaudier** a vu avec M. COMBEMALE une rétrocession extraordinaire d'un épithélioma lingual traité par le chlorhydro sulfate de quinine.

M. **Drucbert** demande si l'arsenic est capable de provoquer le développement du cancer.

M. **Charmeil**, à ce sujet, parle de la kératodermie arsenicale.

M. **Ingelrans** rappelle les cancers du poumon observés par HŒRTING et HESSE chez les ouvriers des mines de cobalt arsenical.

Fibrome de l'utérus.

M. **Carlier** présente deux fibromes utérins, dont l'un est très volumineux; l'autre, très petit, au contraire, a comprimé l'uretère et amené des accidents urinaires.

Pachyvaginalite avec pneumocèle

M. **Marlau** présente une pièce concernant une hématocèle. Il s'agissait d'un malade âgé, chez lequel la décortication du testicule fut pratiquée. A l'ouverture, il s'échappa un jet de gaz sifflant, gaz d'odeur fétide. Cette pneumocèle dépendait d'une ponction aspiratrice faite antérieurement par le médecin. Les suites opératoires furent excellentes.

Hernie étranglée de la trompe

M. **Marlau** présente en son nom et en celui du docteur **André** (de Péronne) une trompe constituant à elle seule le contenu d'une hernie étranglée. Le diagnostic n'avait pu être établie pendant la vie. Dès le surlendemain, il survint du sang par les voies naturelles, que l'on crut devoir rapporter à la trompe enlevée, tant celle-ci était turgescente avant l'opération.

M. **Le Fort** a opéré une hernie de la trompe et en a réuni vingt-deux cas dans la thèse d'Ivanoff. Presque toujours, il y a étranglement. Le diagnostic n'est pas établi, uniquement parce qu'on ne songe pas à la hernie de la trompe.

M. **Drucbert** est d'avis que l'hémorrhagie observée ne devait pas forcément provenir de la trompe, car cette hémorrhagie se montre presque constamment après ablation de la trompe et des ovaires.

Amputation inter-scapulothoracique.

M. **Lambret** montre des pièces anatomiques provenant d'une amputation interscapulothoracique faite pour un épithélioma du moignon de l'épaule. Il s'agit d'un malade porteur d'un lupus du coude guéri depuis longtemps et sur la cicatrice duquel s'était greffé un épithélioma. Une amputation du bras à la partie moyenne avait été suivie de récidive ; aussi, pour avoir un lambeau suffisant et passer loin de la tumeur, M. LAMBRET crut devoir poser l'indication de l'ablation de l'omoplate et de la clavicule.

L'opération fut simple et sans incidents. La clavicule fut réséquée, les vaisseaux sous-claviers liés, puis l'omoplate avec ses muscles séparée du tronc, en se gardant de tout contact avec le néoplasme pour éviter toutes chances d'inoculation. Le malade ne perdit que très peu de sang et ne présenta pas de schok opératoire.

C'est là une indication rare de cette grande mutilation qui, en dehors des traumatismes, est surtout réservée aux ostéosarcomes de l'épaule et de l'omoplate.

Fibrome de l'utérus.

MM. **Oui** et **Debeyre.** — Voici un gros fibrome pesant 1 kilogr.500, enlevé à une femme de 53 ans.

Cette tumeur remontait jusqu'à l'épigastre, mais ne semblait pas très dure au palper abdominal ; elle paraissait présenter des zones ramollies ; le toucher vaginal montrait la disposition du col et des culs-de-sac et permettait un diagnostic ferme. Cette femme présentait de la cystite.

M. Oui pratiqua l'hystérectomie totale.

Ici un incident : l'opérée racontait (car elle est morte au dixième jour d'une broncho-pneumonie) qu'au troisième jour de l'opération, dans un effort de toux, elle avait senti, suivant sa propre expression, « quelque chose qui sautait dans son ventre. »

Au neuvième jour, comme il y avait une hyperthermie persistante depuis quatre ou cinq jours, on enleva quelques griffes ; la malade, en ce moment, se mit à tousser et la paroi abdominale s'ouvrit comme un livre, mettant à découvert l'intestin. On fit aussitôt la suture totale au fil d'argent.

Fibrome de l'utérus

MM. **Oui** et **Debeyre.** — Voici un autre fibrome enlevé à une femme de 35 ans.

Cette femme, qui n'a pas eu d'enfants, n'a jamais présenté de métrorrhagies ; les règles étaient seulement plus abondantes, duraient dix jours au lieu de huit.

L'hystérectomie totale fut pratiquée par M. le Dr Oui, sans péritonéisation, complète. On fit un drainage par la voie abdominale.

Le surlendemain de l'intervention, sub-ictère puis ictère véritable ; selles décolorées, urine présentant les réactions essentielles de PETTENKOFER, d'HAYCRAFT et de GMELIN. Poussées d'hyperthermie. Au dixième jour, l'ictère disparut, le huitième revint à la normale.

Chondromes multiples des membres.

MM. **Le Fort** et **Bachman** montrent une pièce anatomique afférente à ce cas. (*Sera publié*).

M. **Carlier**, à propos des morts dues au chloroforme, rapporte l'histoire d'un enfant de 13 ans, mort de peur au moment où on allait lui administrer le chloroforme. VERNEUIL a signalé une mort subite par inhalation d'eau versée sur une compresse en guise de chloroforme. RECLUS signale de graves syncopes lors de simulacres de cocaïnisation.

M. **Le Fort** rappelle un cas de RICHET où la mort survient avant l'anesthésie.

M. **Ausset** dit que la syncope avant l'anesthésie est décrite par les auteurs, et tout récemment par HUCHARD.

M. **Combemale** relève le danger qu'il peut y avoir à indiquer la marche de l'opération devant le malade avant l'anesthésie.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Ce que nous mangeons.

De temps à autre, les journaux publient la nomenclature de quelques falsifications en honneur chez nos marchands de denrées, devenues beaucoup moins coloniales.

Avec un sans-gêne qui frise l'inconscience autant que le Code, des commerçants qui ne croient pas pour cela déroger aux lois de l'honnêteté, tant ces coutumes sont entrées dans nos mœurs, aux fins de couler la concurrence et d'augmenter les recettes, nous vendent sous prétexte de denrées alimentaires, toutes espèces de combinaisons issues d'un tripatouillage plus ou moins compliqué.

Une lutte acharnée s'est engagée entre les deux espèces de chimistes que cet état de choses a créés. Les uns, le front coupé d'une ride soucieuse, cherchent à arracher leur secret aux compositions qui mijotent dans leurs alambics ; les autres un sourire machiavélique sur la face, mettent la dernière main à une mixture inédite destinée à jeter les premiers dans un nouveau désarroi et à les plonger dans de nouvelles méditations. Et ainsi, le duel se perpétue, enfiévrant nos travaux et nos cauchemars. A peine une nouvelle falsification est-elle découverte et dénoncée au monde qu'une autre plus savante ou plus simple la remplace, recommençant les perplexités des malheureux experts.

Rien n'a échappé aux audacieuses entreprises de nos falsificateurs. Leur champ opératoire est choisi de préférence parmi nos aliments solides et liquides. Par eux, la vie n'est plus possible sans une bonne dose de philosophie et je m'enfichisme.

Emus des lamentations des consommateurs aux abois, le gouvernement créa, il y a quelques années, un corps d'inspecteurs dont le rôle consiste dans la recherche des intermédiaires qui, conscients ou inconscients, écoulent les produits des corrupteurs d'aliments. La lecture des statistiques dressées par ses agents a de quoi laisser rêveur même ceux que ne troublent pas les nombreux désagréments de l'existence.

Perrette, l'accorte Perrette elle-même, s'est mise en contravention avec nos lois nationales et si, légère et court vêtue, elle se hâte encore, c'est vers quelque cours d'eau où, malicieuse, elle va remplir le pot que, prosaïque désormais, elle fait traîner par des molosses. Mais aussi pourquoi le lait met-il tant de complaisance à se laisser baptiser ? Et puis il n'y a qu'en puisant à la rivière qu'on peut le baptiser. Pour ceux qui dédaignent cet artifice trop simple, il y a dans la nature des moyens propres à les séduire s'ils ont le génie plus inventif.

Un régime spécial auquel on soumet les vaches dont on veut tirer une surproduction, augmente leur sécrétion lactée, la quantité excluant la qualité. Nos madrés paysans usent volontiers de ce petit truc condamnable, mais rémunérateur. Puis, quand le lait a donné sa crème destinée à être convertie en beurre, il est, bien souvent, quoique privé de sa partie la plus précieuse, livré aux malheureux consommateurs comme s'il n'avait point subi cette amputation. Le beurre, lui, est additionné d'une certaine proportion de graisse, de fécule ou d'autre chose, et nous est livré absolument garanti vierge de tout mélange.

Troquant son antique nom contre celui de pâtissier ou de confiseur, le boulanger est devenu tripoteur émérite et ses produits, comme les dames d'aujourd'hui, sont affriolants, grâce à un savant maquillage.

Nous n'approchons plus la moindre friandise de nos lèvres, sans qu'aussitôt la suspicion ne vienne réfréner notre gourmandise et nous empêcher de nous délecter à l'aise. Le pain que l'existence suffit souvent à rendre bien amer, recèle des produits tels que les carbonates de soude, de magnésie, de chaux, les sulfates de zinc, de cuivre, l'alun, le savon, etc.

L'huile d'olives a rarement connu le pays où fleurit l'olivier, et le vinaigre, avec qui elle se marie dans nos préparations culinaires, a été tiré, non d'Orléans, mais de la fabrique d'acide pyroligneux qui empoisonne l'air des environs.

Beaucoup de nos contemporains, probablement pour mériter les faveurs de la Société protectrice des animaux, évitent aux abeilles le soin d'élaborer le miel et le demandent à la réaction de l'acide sulfurique sur la fécule.

Le café, à qui l'on attribue la vertu de délier la langue de nos commères des deux sexes, est parfois fabriqué au moyen de brou de noix, d'argile ou de farine de glands que l'on coule dans des moules *ad hoc*. Il existe des fabriques livrant pour une somme relativement modique, tout le matériel nécessaire à cette espèce d'industrie.

Et le thé, à qui nous réservons les honneurs du *five o'clock*, a été bu au moins une fois, quand il figure à notre table.

Tout le monde sait que la colique qui suit l'indigestion des cornichons est due au cuivre qui leur donnait une coloration trop belle pour être naturelle.

Les baies de genévrier, diverses fécules, du pain grillé, la farine de glands, de tourteaux de lin, les coquilles de noix, remplacent le poivre.

L'argile, le grès pulvérisé, le plâtre tiennent lieu de sel.

Les pommes de terre, façonnées par une main habile, prennent l'aspect de la truffe.

La stéarine et l'huile de coton s'insinuent volontiers dans le saindoux.

Les sirops et les gelées sont rarement tirés des fruits dont ils portent le nom et dont un colorant complaisant se charge d'imiter la couleur.

Comme le thé, la vanille est souvent épuisée avant d'être mise en vente ; mais les commerçants malhonnêtes endorment notre méfiance en rendant aux gousses leur bel aspect givré au moyen d'acide salicylique, eubenzoïque, convenablement réparti à sa surface.

Le vin renferme parfois tous les produits que l'on rencontre généralement dans les collections de chimie et ne conservent avec le raisin qu'un degré de pauvreté bien éloigné.

L'aubergiste et le cabaretier, devenus hôteliers et cafetiers en se modernisant, ont abandonné les vielles traditions d'honnêteté, et les liqueurs que l'on consomme dans leurs nombreux débits ne laissent point deviner leur identité, leur composition variant selon la fantaisie du mastroquet-chimiste, lequel lance dans le torrent circulatoire de sa fidèle clientèle les choses les

plus bizarres et les plus hétéroclites qu'il soit possible de rêver.

Franchement, dans ces conditions, la vie devient impossible comme si nous n'avions pas assez déjà de tous les vilains microbes que les médecins ont mis partout.

Et toutes ces sophistications se passent sous l'œil impuissant des autorités.

La chimie, science qui se développe énormément, n'est pas encore parvenue à un assez haut degré de précision pour découvrir et affirmer certaines adultérations avec une exactitude indispensable au juge impartial chargé d'appliquer les pénalités. Lorsqu'un doute est émis par le chimiste, il préfère, selon la sage formule, s'abstenir. Et puis, les falsificateurs sont si rusés.

Une banque de New-York, afin de découvrir les contrefaçons, engagea aux conditions, que peuvent seuls ambitionner les ténors et les jockeys, un faussaire ayant purgé une condamnation sérieuse. Dans certains pays, les habitants qui veulent vivre à l'abri des tentatives des voleurs, payent à ceux-ci une dîme qui leur assure la tranquilité. Le gouvernement, afin de découvrir plus aisément les fraudes introduites dans nos denrées, ferait bien de suivre ces exemples très sages. En s'adjoignant un falsificateur ayant purgé plusieurs condamnations il simplifierait de beaucoup la besogne des malheureux experts-chimistes.

Léon Chokier,
Pharmacien-adjoint à l'hôpital Saint-Jean.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

A l'occasion du **Centenaire d'Edgar Quinet**, tous les exercices vaqueront à la Faculté de médecine de Lille, le lundi 9 mars.

Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1903 à Paris pour l'admission à l'emploi de **médecin stagiaire des troupes coloniales**. Les candidats devrons remplir les conditions ci-après indiquées : *a*) être né ou naturalisé français ; *b*) avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1903 ; *c*) avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, en France ou aux colonies, aptitude constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ; *d*) souscrire un engagement de servir pendant 6 ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales, à dater de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes : 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale; 3° Epreuve de médecine opératoine précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogation sur l'hygiène.

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit : Composition écrite, 12; Examen clinique, 15 ; Médecine opératoire, 12 ; Interrogation sur l'hygiène, 10. Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au Ministre de la Guerre (8e Direction, 3e Bureau), le 15 novembre 1903 au plus tard.

Les pièces à fournir sont : I. Avant le concours. — 1° L'acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception ou de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture) ; 3° Certificat d'aptitude physique ; 4° Certificat délivré par le bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ; 5° Indication du domicile où sera adressée en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. — Après l'admission. — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité dans le Corps de Santé des Troupes Coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires reçoivent au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'Ecole d'application. Ils portent l'uniforme des Corps de Santé des Troupes Coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du Corps de Santé militaire.

Ils reçoivent la solde afférente au grade d'aide-major de 2e classe et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs, reversible au Trésor, en cas de licenciement, démission, non obtention du grade d'aide-major de 2e classe, ou non accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe des Troupes coloniales. Ceux qui n'auront pas satisfait aux dits examens seront licenciés.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Est nommé *Chevalier* : M. le docteur Martin, conseiller général de la Haute-Marne.

Officiers d'Académie. — Sont nommés *Officiers d'Académie :* MM. les docteurs BENZINS et FOURNIER, de Montréjeau (Haute-Garonne); RICHARD, de Ginasservis (Var); Robert SIMON et VIREY, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs PINEAU, de Laon (Aisne); REBOUL, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille; GODFRIN, de Clermont-en-Argonne (Ardennes); SCHNEIDER, de Liffol-le-Grand (Vosges); SALOMON, de Savigné-l'Evêque (Sarthe); LAIZÉ, d'Ambrières (Mayenne); RAINGEARD, chirurgien des hôpitaux, et BONAMY, médecin des hôpitaux de Nantes (Loire-Inférieure); PUJO, de Berson (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE

Vade-Mécum des Maladies Médico-Chirurgicales du tube digestif à l'usage des Médecins-Praticiens, par le Dr Henri FISCHER, 1 vol. in-18 cartonné, chez A. Maloine, Libraire-Éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Ce livre, écrit dans un style clair et concis, traite des diverses affections du tube digestif que le médecin rencontre dans sa pratique courante. Les symptômes sont décrits avec un soin minutieux ainsi que le diagnostic différentiel qui conduit au diagnostic positif. Le traitement comprend d'abord tout ce que la *Médecine* proprement dite peut et doit faire, puis lorsqu'elle est ou devient impuissante à guérir, ce que l'on est en droit d'attendre de la *Chirurgie.*

Le docteur Henri FISCHER, en chirurgien expérimenté et véritablement pratique qu'il est, n'a pas, ainsi qu'il le dit lui-même dans son introduction, voulu faire une œuvre de pure érudition, c'est-à-dire de banale compilation où les renseignements vraiment primordiaux sont noyés dans un fatras d'indications aussi diverses et décevantes que parfaitement inutiles et nuisibles même pour le praticien. Son but tout pratique est d'être utile au lecteur.

Nous conclurons en souhaitant à ce *Vade-mecum des maladies médico-chirurgicales du tube digestif* tout le succès qu'il mérite et qu'il aura, car il répond à un réel besoin.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

9e SEMAINE, DU 22 AU 28 FÉVRIER 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	8
3 mois à un an	7	7
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	6	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	2	4
20 à 40 ans	13	4
40 à 60 ans	16	9
60 à 80 ans	8	12
80 ans et au-dessus	2	5
Total	71	54

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	3	»	1	2	»	»	»	3	»	»	»	»	»	7	17	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	1	»	1	1	4	1	1	»	»	4	»	»	»	»	»	4	17	15
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	7	2	2	»	»	3	»	1	»	»	»	10	26	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	5
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	3	»	»	»	»	»	1	3	2	»	3	»	»	1	»	»	»	»	»	8	21	15
Esquermes 11,381 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	5	11	3
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	8	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	5	11	20
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	4	5
Total	7	»	»	»	1	1	6	5	18	10	12	»	»	16	»	1	»	»	»	48	125	107

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. rant : Th. CLERQUIN.

N° 322. Septième Année. N° 11. Le Numéro : 10 centimes. 15 Mars 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La cryogénine, nouvel antipyrétique

par MM. le professeur **Combemale** et **Liénard**, étudiant en médecine

La cryogénine, dont en style chimique le nom est métabenzamidosemicarbazide, fut découverte, isolée et préparée par MM. LUMIÈRE, de Lyon ; elle a pour formule

$$C^6 H^4 \begin{cases} CO.\ AzH^2. \\ C.\ AzH.\ AzH.\ CO.\ AzH^2. \end{cases}$$

Dans cette formule, le groupement important, au point de vue des propriétés thérapeutiques, est AzH AzH CO AzH^2. En effet, MM. LUMIÈRE et CHEVROTIER ont démontré (1) qu'il suffisait d'introduire ce groupement dans un noyau aromatique pour donner naissance à un antipyrétique ; le nom de « cryogénine » a été donné par eux aux nombreux corps obtenus de cette manière.

(1) LUMIÈRE et CHEVROTIER. — *C. R. de l'Académie des Sciences*, 21 juillet 1902.

Ils ont pu obtenir ainsi de nombreuses semicarbazides, qui, expérimentées, ont toutes donné des résultats analogues. Ils ont préféré la métabenzamidosemicarbazide, dont l'emploi est plus commode.

La cryogénine se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, inodore, de saveur un peu amère mais non désagréable, peu soluble dans l'eau (100 gr. d'eau en dissolvent 2 gr. 50). Dès lors, la forme pharmaceutique qui semble préférable est le cachet ; c'est celle que tous les expérimentateurs ont employée jusqu'ici.

***

A) Nous possédons quelques notions intéressantes sur l'action physiologique de ce médicament ; en l'expérimentant sur divers animaux, M. GÉLIBERT (1) a fait ressortir les propriétés suivantes :

a) La cryogénine n'a pas de toxicité. On peut injecter dans les veines 2 gr. 50 de cryogénine par kilogramme de poids vif, à un animal d'expérience, sans amener de désordre.

b) La cryogénine à haute dose abaisse la température. En faisant une injection dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, la température initiale à 39°9 s'est abaissée jusqu'à 34°1 pour remonter à 38°9 au bout de vingt-quatre heures. On a noté un engraissement de 300 grammes trois semaines après, chez cet animal. D'une façon générale, l'effet antithermique

(1) GÉLIBERT. — Sur un nouvel antithermique. *Province médicale*, 1902, p. 559.

ne se manifeste de façon régulière que si la dose de 5 centigrammes par kilog. d'animal est atteinte.

Chez le cobaye on a donné 0 gr. 50 en injection sous-cutanée et 2 gr. par ingestion sans autre phénomène qu'un abaissement thermique. La faible solubilité de la cryogénine empêche du reste d'en injecter des doses élevées dans les veines.

c) La cryogénine à dose minime est indifférente. En effet, chez l'homme sain ou apyrétique, à la dose d'un gramme, l'action physiologique semble nulle; l'abaissement d'un dixième de degré dans la température centrale est sans importance; le pouls n'est pas influencé, la diurèse non plus. On n'observe du reste ni nausées, ni vomissements, ni douleurs à l'épigastre. Le travail digestif, les digestions pancréatique et pepsique ne sont pas entravées par ce produit.

d) La cryogénine ne semble pas s'éliminer en nature. A en juger par l'action hypothermisante, on peut dire que d'une façon générale, elle s'élimine en vingt-quatre heures pour des doses moyennes chez les animaux normaux. La quantité des urines n'est pas augmentée et ses principaux éléments ne subissent pas de variations. on n'y trouve pas d'albumine et le microscope ne décèle pas de cylindres.

B. Cette action antithermique, obtenue chez l'animal sain, à doses excessives, se retrouve chez l'animal fébricitant et chez l'homme fébricitant, et donne à la cryogénine son caractère d'agent antipyrétique.

Chez les cobayes tuberculeux, l'abaissement est constant, même avec de faibles doses. A doses plus élevées, l'effet antipyrétique est encore plus marqué.

Chez le malade fiévreux, l'action antithermique serait très énergique. C'est sous ce jour du moins que présentèrent la cryogénine ceux qui l'avaient découverte et les premiers auteurs qui l'expérimentèrent.

Dans leur communication à l'Académie des Sciences, MM. Lumière et Chevrotier s'expriment ainsi :

« ...Il y a tout avantage à commencer par une » dose massive (un gramme en une fois), et, le résultat » acquis, à le maintenir à l'aide de doses décroissantes.

» La défervescence est rapide, elle atteint son » maximum au bout de deux heures environ et » reste encore sensible le matin, contrairement à » la plupart des antipyrétiques qui ne font que retar- » der l'accès sans l'éviter. Cette dépression thermique » semble liée à une action de présence car elle » s'obtient avec des doses faibles et n'est pas toujours » proportionnelle à la dose.

» . La cryogénine n'est nullement toxique et son » administration prolongée n'entraîne pas d'inconvé- » nients. Elle ne possède aucune propriété anodine, » analgésique ou hypnoptique, bien qu'elle se range » dans la catégorie des antithermiques nervins. Par » contre, elle n'a provoqué en aucun cas ni frissons, » ni sueurs, ni collapsus, ni cyanose, ni troubles » fonctionnels, ni accidents cutanés ou sensoriels, ni » modifications urinaires. C'est donc un antither- » mique pur, particulièrement précieux, par consé- » quent, dans les cas où la fièvre est durable et doit » être combattue longtemps....

» La cryogénine fut employée de suite contre la » fièvre des tuberculeux, et l'on remarqua que cer- » taines formes fébriles, telles que celles qui sont liées » à l'intoxication tuberculeuse ou qui accompagnent » les poussées congestives, étaient rebelles à l'action » antithermique, tandis que la fièvre de caséification » et la fièvre hectique étaient sérieusement amélio- » rées ».

Le docteur Dumarest (1) du sanatorium d'Hauterive, publia en novembre 1902, le résultat de ses observations personnelles, que nous allons rapporter ici.

Il se servait de doses variant entre 0 gr. 60 et 1 gr. 20 et, lorsqu'il avait obtenu l'action qu'il recherchait, 0 gr. 20 ou 0 gr. 40 au plus suffisaient à maintenir la défervescence.

L'administration de ce médicament a pu être prolongée pendant un mois et plus, presque sans discontinuer, chez plusieurs malades sans amener aucun accident.

Lorsque la cryogénine est donnée au début de l'accès, elle offre un tracé typique, en plateau, de quelques heures, puis la défervescence se fait progressivement jusqu'au lendemain matin.

« Quelques insuccès ont été notés dans des cas où » tous les autres antithermiques avaient échoué, ce » sont : la fièvre continue d'intoxication tuberculeuse » puis la fièvre liée aux poussées congestives; au » contraire la fièvre de caséification et la fièvre hec- » tique ont toujours été améliorées. »

Ainsi qu'on le voit, M. Dumarest aboutit aux mêmes conclusions que MM. Lumière et Chevrotier, en ce qui concerne l'influence de la cryogénine sur la fièvre des tuberculeux.

La cryogénine était peu après employée dans la

(1) Dr F. Dumarest. — La cryogénine dans la fièvre des tuberculeux, *Lyon médical*, 1902, p. 705.

fièvre typhoïde. M. DEMURGER (1), interne à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, consacrait un bon travail à cette question. Voici quelques extraits de ce travail : « L'action du médicament est rapide, assurée, durable. Rapide, car en quelques minutes le thermomètre a pris une marche descendante qui va graduellement pour atteindre un minimum deux à trois heures après. Assurée, car dans le cours de l'affection que nous avons traitée la cryogénine n'a jamais été prise en défaut, si ce n'est une fois où la marche ascendante de la température a continué malgré l'absorption de 0 g. 50 ; ce défaut n'est qu'apparent, car l'absorption du cachet avait été suivie accidentellement d'un vomissement bilieux. Durable, car la durée de l'hypothermie, que nous provoquions avec 0 g. 50, un gramme et même plus, était toujours identique ; c'est ainsi qu'un cachet de 0 g. 50 fit tomber la température de 39° à 37°5 et maintint cet abaissement entre 37° et 38° pendant quarante-huit heures. »

Presque au même moment, M. BOY-TESSIER (2) signalait de son côté les résultats remarquables qu'il avait obtenus dans la fièvre typhoïde. Six heures après l'injection d'un cachet de 0 gr. 80, un abaissement très marqué de la température était survenu, que l'on maintint en donnant 0 gr. 20 de six en six heures. Il ajoutait que ce médicament n'est pas toxique et ne présente aucun des inconvénients des autres antithermiques.

Mais des restrictions, les premières, sur l'innocuité du médicament furent formulées par M. BOINET (3) ; chez une tuberculeuse un abaissement de température de deux degrés fut suivi d'une hémoptysie intense ; sans affirmer que l'accident était dû au médicament, M. BOINET estimait que l'étude de l'action de la cryogénine devait être poursuivie.

MM. BOY-TESSIER et BRUNEAU (4) communiquèrent alors les observations de nombreux malades atteints de diverses affections fébriles (fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, grippe avec hyperthermie, fièvre par infection stercorale, typhobacillose) auxquels ils avaient donné de la cryogénine, en tout 215 grammes. Malgré la longueur de cet extrait, il est important de reproduire les résultats de l'observation de ces deux auteurs.

(1) DEMURGER. Une observation de fièvre typhoïde traitée par la cryogénine, *Lyon Médical*, 1903, p. 69.
(2) BOY-TESSIER. Sur l'emploi de la cryogénine, *Marseille Médical*, 1903, p. 57.
(3) BOINET. Sur la cryogénine. *Marseille Médical*, 1903, p. 58.
(4) BOY-TESSIER et BRUNEAU. La cryogénine dans quelques maladies infectieuses, *Marseille Médical*, 1903, p. 81.

1° La cryogénine à la dose de 2 grammes, 1 gr. 50, 1 gramme, voire même 0.80 centigrammes, abaisse presque toujours la température de un à trois degrés dans ces maladies fébriles.

2° L'abaissement de la température se fait très rapidement ; parfois une heure après l'administration du remède ; le plus ordinairement entre la deuxième et la quatrième heure l'abaissement se fait.

3° La durée de l'abaissement est assez variable, suivant la nature de l'infection très probablement, et par conséquent suivant la cause de l'hyperthermie. Elle oscille entre six heures, durée minima observée, et dix huit heures pour une seule dose. Après plusieurs doses successives données dès que le thermomètre accusait nettement un mouvement de hausse, l'abaissement peut se maintenir assez longtemps sans nouvelle dose quatre jours de suite, dans un cas de dothiénentérie ; le plus ordinairement vingt-quatre, trente ou quarante-huit heures.

4° Après que l'abaissement est obtenu à l'aide d'une dose massive, il suffit d'une dose moitié moindre et souvent plus petite encore pour maintenir la température aux environs de 38°, 38°,5 pendant la durée de l'affection.

5° Convaincu que je suis, qu'il doit être mauvais de faire évoluer une maladie pyrétique avec une température trop voisine de la normale, je me suis refusé à l'administration de doses qui auraient peut-être produit des abaissements plus considérables encore ; j'attendais que le thermomètre marquât nettement son mouvement d'ascension pour redonner une nouvelle dose de cryogénine.

6° Je n'ai jamais observé de collapsus, malgré l'abaissement, plusieurs fois observé, de quatre degrés (40°,5 à 36°,5).

7° Dans plusieurs cas (fièvre typhoïde, rhumatisme, fièvre d'infection par fistule stercorale au 72e jour d'une fièvre typhoïde (fièvre typhobacillaire), j'ai observé des sueurs profuses (deux fois absolument extraordinaires comme abondance) sans autres conséquences d'ailleurs.

8° L'action sur le système nerveux, sur le cœur, sur les reins, m'a paru sans caractère méritant d'être noté.

Cependant le nombre des contractions du cœur s'abaisse en même temps que la température, quoique dans des proportions bien moindres ; on a constaté que pour un abaissement de 3° le pouls est passé de 90 à 72 : une fois il est tombé de 112 à 100 pour un abaisse-

ment de 1°5. La tension se relève aussi un peu avec le ralentissement, il n'a pas été noté de différence au sphigmomètre Verdin de plus de deux degrés, pour les plus grandes défervescences.

9° Les sels de l'urine après l'absorption de cryogénine restent sans changement. L'urée seule paraît légèrement augmentée.

10° L'élimination de la cryogénine par l'urine commence très rapidement : la réaction vert émeraude que donne à froid la liqueur bleue de Fehling avec l'urine cryogéninée a été trouvée une heure après l'absorption d'un gramme. Chez les malades qui ont pris de la cryogénine plusieurs jours de suite la réaction vert émeraude a été retrouvée cinq, six et même sept jours après la dernière dose.

11° La persistance de la réaction vert émeraude montre que le médicament s'accumule dans l'économie et explique l'efficacité des doses faibles après la première dose massive.

12° Le passage de la cryogénine dans les urines des maladies pour lesquelles la diazoréaction d'Erlich est utilisée n'a qu'une influence minime sur la diazoréaction ; on doit cependant être prévenu que la teinte carminée est légèrement portée vers l'ocre, et que la teinte ocre est la règle pour toute urine cryogéninée normale ou pathologique sur laquelle on tente la diazoréaction.

Vers la même époque M. Carrière (1) avait lui aussi communiqué à l'Académie des Sciences le fruit de ses investigations. Dans les infections aiguës la chute serait généralement peu accentuée, deux à huit dixièmes de degré ; dans le rhumatisme, résultats variables ; mais dans la grippe de toutes formes, dans la fièvre nerveuse, dans la fièvre chlorotique, les fièvres de suppuration, l'impaludisme, les résultats seraient satisfaisants. Mais, surtout dans la fièvre typhoïde et dans la fièvre des tuberculeux, l'action serait de la dernière puissance, au point que les autres symptômes, restant les mêmes, la fièvre typhoïde traitée dès le quatrième ou le cinquième jour avec la cryogénine peut évoluer sans fièvre, au point aussi qu'il semble que la cryogénine a surtout une action élective sur la fièvre des tuberculeux.

Il est donc peu de voix discordantes dans cette question de l'action de la cryogénine contre la fièvre. Au dire des divers auteurs précités, la cryogénine serait un antithermique rapide, sûr, durable, sans action secondaire appréciable, bien que s'accumulant dans l'économie, dont l'emploi serait surtout efficace dans la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire à la période d'hecticité.

(1) Carrière. — La Cryogénine dans les fièvres. *C. R. de l'Académie des sciences*, 29 décembre 1902.

***

Nous avons tenu, faisant abstraction de toute bibliographie laudative, à nous faire une opinion personnelle sur la cryogénine. C'est dans ce but que nous avons recueilli les quelques documents cliniques, que nous donnons ci-après. Nous nous sommes surtout attachés à contrôler ce qu'avaient dit du médicament, et de son influence sur la fièvre des tuberculeux et sur la dothiénentérie, MM. Lumière et Chevrotier. C'est d'eux-mêmes, du reste, que nous tenions directement les quelques cent vingt grammes de cryogénine qui nous ont servi pour nos recherches cliniques ; et nous remercions bien vivement les savants chimistes lyonnais de l'empressement qu'ils ont mis, malgré la rareté du produit en décembre 1902, à nous en fournir.

Voici d'abord, résumés et succincts, les matériaux qui nous ont servi à établir les opinions que nous énonçons plus loin.

Observation I. — Ecr. ., Mathilde, 21 ans, varouleuse, salle Ste-Clotilde, n° 15, en même temps que de la névralgie lombaire, présente un sommet droit suspect de tuberculose, à l'auscultation des poumons ; mais, la raison de sa venue à l'hôpital c'est une adénoïdite aiguë.

Entrée le 11 décembre avec une température de 38°8, de 37°2 le lendemain matin 12, en même temps que des instillations nasales d'huile mentholée, on prescrit 50 centigr. de cryogénine ; sous cette double influence, la température n'atteint que 38°1 le soir du 12.

Le 13 au matin, la température a baissé à 36°7, elle ne remonte qu'à 37° le soir, avec 50 centigr. de cryogénine.

Le 14, nouveau et dernier cachet de 50 centigr. La température, partie de 36°5 le matin, s'élève seulement à 36°9 le soir.

Les jours suivants, la température reste aux environs de 37° sans cryogénine.

Observation II. — Lam... Marie, 43 ans, ménagère, salle Ste-Clotilde, n° 14, est une asystolique chez laquelle on a dû pratiquer, le 28 novembre, des mouchetures aux pieds pour vider ses œdèmes. Au bout de quelques jours, l'une d'elles se gangrène, et le processus phlébitique qui naît de cette gangrène s'accompagne de fièvre, 38°5 le soir. Le 15 décembre, l'état paraissant désespéré dans le délai de quelques

jours, on donne contre cette fièvre 0 gr. 50 de cryogénine. La température baisse dans la soirée à 36°5 et se maintient le lendemain matin à 37°. Une seconde prise de 0 gr. 50 le 16, baisse la température à 36°4, mais ne l'empêche pas de remonter le lendemain matin à 38°2. La troisième prise ramène la fièvre à 38°2 La troisième prise ramène la fièvre à 37°6 ; la quatrième prise, ayant pris la température à 36°7 le matin, ne peut l'empêcher de monter à 37°5 le soir. La malade succombe, du reste, le lendemain matin 19 décembre.

Observation III. — Van... Estelle, 14 ans, salle Ste-Clotilde, n° 10, est une fillette atteinte de symphyse cardiaque, en asystolie quasi-permanente, à qui l'on fait, pour vider ses œdèmes, deux mouchetures qui s'infectent trois semaines après et s'entourent de lymphangite et de phlegmon.

Le 15 février, la température vespérale est de 38°9, le 18 au matin de 38°5. On prescrit 1 gramme de cryogénine et la température tombait six heures après à 36°6, pour ne remonter le lendemain matin qu'à 37°2. Une prise de 0 gr. 50 le 19 maintint la température à 37°4 le soir. Mais le 20 au matin le thermomètre marquait 38°8 et 0 gr. 50 de cryogénine n'abaissait la température qu'à 38°5. Le phlegmon avait fait du reste des progrès, et son incision le 21, n'amena qu'une faible défervescence. On suspendit la cryogénine à ce moment.

Observation IV. — Déc... Benoist, 23 ans, rattacheur, entre le 13 décembre, salle Ste-Catherine, n° 11, fatigué, sans forces. Dans un premier séjour, on avait constaté de l'addisonisme et de la tuberculose pulmonaire commençante. Ce début de tuberculose existe encore, avec une névralgie intercostale en plus, de l'anorexie, des sueurs profuses et une fièvre légère se marquant par une différence de 1° environ entre les températures vespérale et matutinale, atteignant 38°3 le soir.

Le 16 décembre on donne 0 gr. 50 centigrammes de cryogénine, qui baisse de 0°8 le soir, la température à laquelle on s'attendait, 37°5, au lieu de 38°3 qu'on avait déjà noté. Même résultat, le 17 décembre, avec la même dose de cryogénine.

Observation V. — P.. Charles, 46 ans, journalier, salle Ste-Madeleine, n° 4, sans antécédents, était entré le 15 novembre avec le diagnostic de grippe infectieuse; mais quelques jours après, en présence d'une fièvre, à de grandes oscillations, des sueurs, de l'amaigrissement, d'une respiration rude aux sommets, avec expiration prolongée, augmentation des vibrations thoraciques, celui de tuberculose pulmonaire subaiguë lui fut substitué

L'observation de près d'un mois ayant montré que la fièvre survenait vers deux heures de l'après-midi, avec maximum à quatre heures, variait entre 38 et 39°, le 16 décembre, on donne 0 gr. 50 de cryogénine à midi, et l'on constate une chute de température à 36° à cinq heures du soir. Par contre, la fièvre était à 38° le lendemain matin à sept heures ; une nouvelle prise de cryogénine l'abaissait à 36°6 le soir et 35°9 le 17 au matin. Dès lors, bien que la cryogénine ait été donnée à quatre autres reprises et aux mêmes heures, le bénéfice ne s'en fit plus sentir aussi régulièrement. Le cycle de la fièvre était troublé, heurté, c'était tantôt le matin, tantôt le soir que survenait le maximum de fièvre ; il eût fallu pour agir efficacement sur elle, épier d'heure en heure, le thermomètre à la main, le retour de la fièvre.

Cependant, pendant une huitaine, une fois les six prises de cryogénine épuisées, la courbe thermique n'eût pas de soubresauts marqués ; et ce fut le commencement de l'amélioration survenue chez ce malade aujourd'hui complètement apyrétique, bien que porteur d'une large induration pulmonaire du sommet droit, après six semaines de fièvre.

Observation VI. — Bas... Auguste, 46 ans, sellier, salle Sainte-Catherine, n° 22, entré le 24 novembre pour une névralgie intercostale, se trouve être un tuberculeux pulmonaire à antécédents nettement, tuberculeux qui tousse depuis un an environ, dont les crachats sont matutinaux, épais et verdâtres. L'auscultation révèle en plus d'une ancienne pleurésie des craquements humides au sommet, à droite et en arrière ; l'examen microscopique affirme du reste la présence de bacilles dans les crachats. Vers le 6 janvier, il fait de la fièvre continue, 37° le matin, 38 et plus le soir, en même temps que s'accentue la congestion du sommet droit.

La cryogénine est donnée dès le 8 janvier trois jours consécutifs à la dose de 1 gramme par jour.

L'action est nulle le premier jour ; la température qui était à 38° le matin reste à 38°6 dans les heures qui suivent la prise, mais il y a eu un vomissement dans la soirée. Le lendemain matin elle tombe à 38°, comme la veille, mais le soir elle a fléchi à 36°. Le jour suivant elle est remontée à 37°6 le matin, mais elle n'est plus que de 37°2 le soir.

Le 11 janvier, le malade n'ayant pas pris de cryogénine, les températures sont le matin de 37°3, le soir de 38° cependant.

Le 12 janvier, la température étant de 37°3 le matin, on redonne un gramme de cryogénine, et l'on note 36°8 le soir. Le 13 au matin, c'est 38° encore ; le soir, le gramme de cryogénine aidant, elle n'est plus qu'à 36°9. Elle reste aux environs de 37° les trois jours suivants, avec un gramme de cryogénine, et cette influence sur la température se prolonge plusieurs autres jours, une fois la médication suspendue.

Observation VII. — Ryc... Gustave, 23 ans, gazier, salle Sainte-Catherine, N° 18, porteur d'une pleurésie avec petit épanchement, est pâle, sans appétit, suant la nuit, incapable depuis un certain temps de fournir un travail pénible. Les soupçons de tuberculose pulmonaire se confirment bientôt : dans les crachats, l'examen bactériologique montre la présence de bacilles de Koch et l'auscultation fait entendre des craquements humides. Une ponction exploratrice ramène un liquide sérofibrineux ; aucun signe n'invite à la thoracentèse ; on laisse le liquide se résorber spontanément.

Entré le 19 janvier avec 39°3 le soir, il atteint le lendemain 39°6. Aussi, le 21 janvier on songe à com-

battre avec la cryogénine cette fièvre, qui est à 38°5 le matin ; on l'administre pendant onze jours consécutifs à la dose d'un gramme par jour.

Le premier jour, au lieu de dépasser 39°, la fièvre reste le soir à 38°5 ; les cinq jours suivants, le soir, elle ne peut baisser au-dessous de 38°2 ; le matin, durant ces six premiers jours, elle diminue graduellement de un degré, de 38°5 à 37°5. A dater de ces six premières prises, le gramme quotidien de cryogénine maintient la température entre 37°2 et 37°7 la journée durant, pendant les cinq jours suivants. Mais, aussitôt que la dose quotidienne cesse d'être administrée, les températures de 38°2, 38°4 et 38° reparaissent le soir. Le 11 février, onze jours après la suspension du traitement, une prise d'un gramme précipite de 38°2 à 36°9 de façon définitive la température qui languissait aux environs de 38°.

Observation VIII. — War... Liévin, 20 ans, salle Ste-Odile, n° 5, tuberculeux à la deuxième période, qui a déjà été soigné au pavillon d'isolement, revient le 15 février parce qu'il tousse beaucoup, a maigri et a de la fièvre. Il sue la nuit et n'a pas beaucoup d'appétit. Sa fièvre, peu marquée, un degré seulement, entre la température minima du matin (37°5) et le maximum vespéral (38°4), incite cependant à donner la cryogénine.

La température commençant à monter vers 2 heures on lui administre le 18 février un gramme de cryogénine à midi. De 37°9 la chute se fait à 37°1 ; le lendemain matin le thermomètre marquait à nouveau 37°9 ; la même dose de cryogénine fut prise, mais le cachet ayant été vomi dans un accès de toux, la température reste à 37°6. Le 20, les 37°6 du matin deviennent, sous l'influence de la cryogénine, 36°9 le soir ; le 21, parti de 37°5, le thermomètre atteint 37°9 le soir mais le cachet a été vomi.

La température reste en plateau à 37°8 plusieurs jours durant, une fois cessé l'emploi de la cryogénine.

Observation IX. — Des..., Marie, 24 ans, salle Ste-Clotilde, n° 2, fileuse, épuisée par quatre grossesses en trois ans et demi, tousse et maigrit ; depuis son dernier accouchement, elle a eu trois hémoptysies : elle se trouve à la deuxième période de tuberculose pulmonaire, des bacilles de Koch sont constatés dans ses crachats ; elle a tous les soirs, commençant vers dix heures du matin, de la fièvre aux environs de 39°.

Pendant six jours, à dater du 13 décembre, la cryogénine lui est administrée à la dose de 0,50 par jour.

Le 13 février, le cachet de cryogénine ayant été vomi une demi-heure après sa prise, la fièvre n'est nullement influencée et atteint 39°2.

Le deuxième jour, la cryogénine est donnée à midi alors que le thermomètre marquait 38°3 : deux heures après, la fièvre baissait à 37°8, elle était de 36°5, c'est-à-dire moindre de près de 2° six heures après, et remontait ensuite à 37°5 ; cette action sur la température obtenue avec 50 centigr. de cryogénine chaque jour, se maintint deux autres jours. Puis, l'intolérance stomacale reparut et la cryogénine fut vomie à nouveau ; la fièvre revint à 38°5, un peu moins élevée cependant qu'avant l'emploi du médicament.

Observation X. — Pét..., Gustave, 27 ans, salle Sainte-Catherine, n° 20, est un tuberculeux à la troisième période dans les salles depuis une quinzaine de jours. Hémoptysies il y a cinq ans. Très amaigri, il ne peut digérer depuis un certain temps les aliments qu'on lui donne ; laryngite tuberculeuse depuis trois mois. Sa température oscille le matin et le soir autour de 38° ; et certains jours, elle dépasse le soir 39°. Le 11 décembre, elle est de 39°2 à dix heures du matin ; de 37°7 à huit heures du soir.

Le 12 décembre, la température étant de 37 8 à huit heures du matin, on donne un gramme de cryogénine à midi ; six et huit heures après, elle était à 35°7, moindre de deux degrés. Le 13 décembre, 50 centigr. pris à deux heures, maintiennent la température à 36°6. La même dose le 14, ne peut empêcher la fièvre de remonter à 38°2.

Pendant trente-six heures, la cryogénine manquant, on n'en donne pas, et la température est entre 38 et 39°. Cependant, le 16 décembre, à quatre heures du soir, on donne 0,50 ; une heure après, la température n'était pas influencée et atteignait 39°1. Mais le lendemain matin 17, au lieu de 38° et plus, chiffre habituel, on n'obtenait que 37°1. Donné vers une heure les jours suivants, le médicament amenait le résultat que les 17, 18 la température ne franchissait pas 38° ; prise le 19 vers neuf heures du matin, il baissait la fièvre à 37° sept heures plus tard. Au total, pendant sept jours, l'action de la cryogénine ne s'est guère démentie.

Observation XI. — Lal.., Félicie, 46 ans, ménagère, porte une tuberculose pulmonaire à la période cavitaire ; sa température dépasse toujours 38° le soir. Elle se présente cachectique, ne prenant que quelques œufs et du lait, n'ayant pas d'appétit. Elle sue beaucoup la nuit et n'a plus la force de quitter le lit.

Contre sa fièvre, la cryogénine lui est donnée le 5 janvier, à la dose d'un gramme à dix heures du matin, ce qui n'empêche pas la température de monter à 38 1 le soir. Mais le lendemain, la cryogénine prise à la même heure et à la même dose, la température baisse à 36°5 et reste en plateau à 36°8 durant les deux jours suivants, pendant lesquels un gramme de cryogénine est répété. Mais on est bientôt obligé d'abandonner la médication, la malade vomissant le cachet. La température reste cependant quand même deux jours au-dessous de 38° ; remontée à 38°5 le 11 janvier, on fait prendre le lendemain un gramme de cryogénine, qui la ramène à 36°7 pendant vingt-quatre heures, au-dessous de 38° pendant trois autres jours.

Observation XII. Desr..., Marie, 42 ans, ménagère, tousse depuis six ans, crache et a maigri beaucoup depuis un an. Epuisée, elle a des sueurs profuses la nuit, de l'anorexie. A l'auscultation on perçoit des signes cavitaires à droite ; à gauche de l'induration récente. La fièvre qu'elle présente est peu considérable, 38°2 le soir d'ordinaire, 37° le matin. La cryogénine, à raison de 0,50 par jour pendant 4 jours lui est administrée.

La courbe de la température devient tout à fait irré-

gulière ; le premier jour il y a un abaissement de 0,8 sous l'influence de la cryogénine ; mais la température remonte au contraire de 1° le deuxième jour, n'est pas influencée le troisième jour et est plus élevée de 1°5 le quatrième jour, bien que la cryogénine soit donnée aux mêmes doses, aux mêmes heures tous les jours.

Observation XIII. – Dupl..., Louis, 34 ans, garçon de café, salle Sainte-Catherine, n° 3, est porteur d'énormes cavernes pulmonaires suppurantes. Des hémoptysies abondantes et répétées, avant son entrée à l'hôpital et depuis son entrée l'ont cachectisé rapidement. A son entrée, le 26 janvier, la température était constamment le soir voisine de 39°, le matin dépassait à peine 38° ; l'hémoptysie expliquait cette fièvre. Aussi, le 27 janvier, on donne un gramme de cryogénine et au lieu du 39 attendu on ne note que 36°4. Le 28, la même dose rejette à 37°4 le soir, la température qui était à 37°7 le matin. Le 29, même dose, même effet : 37°6 le matin, 37°7 le soir. Le lendemain 30 janvier, comme on a suspendu la médication, la fièvre revient à 38°4 le soir ; les jours suivants, reprise de la fièvre comme avant l'intervention par la cryogénine.

Le 9 et 10 février, le type hectique inverse 39° le matin, 36° le soir, s'étant fixé depuis deux jours, on donne à nouveau un gramme de cryogénine ; le résultat immédiat est de rétablir le type direct avec une dénivellation thermique de 0°6 seulement. Dès qu'on cesse la cryogénine le type hectique reparaît direct cette fois.

Observation XIV. – Riv... Alphonse, 34 ans, marchand ambulant, salle Ste-Catherine, n° 5, entré le 12 mai 1902, est un tuberculeux qui achève ses jours dans le service, crachant beaucoup, toussant sans cesse, faisant de temps à autre de la fièvre pendant quelques jours, par suite d'une poussée congestive.

Le 16 décembre, il avait 38°5 le matin, et avait eu la veille 39° le soir. On prescrit 0 gr. 50 de cryogénine, et la température du soir tombe à 37°4, pour rester le lendemain matin à 37°2 ; une nouvelle prise de cryogénine a pour effet de maintenir la température vers 37°5 ce soir et le lendemain matin.

Observation XV. — Ned..., Adolphine, 33 ans, fileuse, salle Sainte Clotilde, N° 13, convalescente de variole grave, était depuis quelques jours dans le service quand elle commença une fièvre typhoïde à forme bénigne, qui fut suivie d'une rechute.

Au cours de cette rechute, vers le vingtième jour de sa typhoïde, le 8 janvier, nous donnons un gramme de cryogénine. La température depuis dix jours se tenait entre 39° et 40° ; elle était au matin de ce jour à 39°8. Le soir, cinq heures après la prise, elle était tombée à 36°3, trois degrés et demi de moins. La chute était si brusque que, n'eût été l'administration de ce médicament, on aurait pu croire à une hémorrhagie intestinale. Dès le lendemain, du reste, la température remontait à 38°5 le matin, le soir à 39°5. Cet accident dans la courbe thoracique ne se reproduisit plus, mais la fièvre ne dépassa plus désormais 39°5 de cinq jours.

Comme elle remontait à 40° vers le 13 janvier, 0,50 de cryogénine furent donnés qui suffirent à faire baisser la température le soir du même jour à 38°1, le lendemain matin à 36°6. Une nouvelle prise de 0 gr. 50 fixa définitivement la température aux environs de 37°. Cette rechute de fièvre typhoïde était terminée en quinze jours.

Aux quinze observations qu'on vient de lire, il n'eût pas été démonstratif d'adjoindre les tracés thermométriques tels qu'on les donne habituellement, c'est-à-dire représentant deux températures par jour, l'une matutinale, l'autre vespérale. Cette manière de faire classique, en plus des cas de toute évidence où la cryogénine baissait la température sans délai et sans répit, mais sans lendemain chaque fois qu'on l'employait, aurait eu l'autre résultat d'indiquer que, d'une façon générale, l'ensemble de la courbe thermique prend et garde, sous l'influence de quatre à six prises de cryogénine, un niveau de près d'un demi degré pour les quatre à six jours qui suivent la suspension de ces prises. Comme cette opinion avait déjà été formulée par les auteurs qui ont étudié la cryogénine, comme on peut la contrôler à la lecture des observations que nous sommes les premiers à reproduire, quoique succinctement, nos devanciers ayant émis des appréciations sans apporter les pièces justificatives, nous n'avons pas cru devoir la démontrer davantage. Aussi, nous sommes-nous abstenus de fournir ces tracés thermométriques à l'appui de ces dires.

Il nous a paru préférable de procéder autrement. La prise régulière de la température axillaire toutes les deux heures nous ayant renseigné sur l'heure où la fièvre se dessinait, atteignait son acmé, nous déterminions ainsi l'heure où la cryogénine devait être administrée ; et c'était deux heures environ avant l'acmé prévu, quelquefois plutôt encore, que le malade absorbait son cachet de cryogénine. L'action de cette cryogénine était du reste suivie avec le thermomètre toutes les deux heures pendant six à dix heures consécutives, de façon à être renseignés sur la durée et la persistance de l'action ; et ce n'était que sur des sujets déjà soumis une ou plusieurs fois à cette observation prolongée qu'on s'abstenait de cette précaution. Cette pratique nous a permis d'étudier la cryogénine de plus près qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Et voici nos réflexions et commentaires sur elle.

a) La cryogénine est sans conteste un antithermique, et un antithermique fidèle. Entre nos mains elle a toujours répondu à notre attente ; et lorsque la fièvre ne cédait pas, l'explication nous en apparaissait simple : ou le cachet avait été vomi (Obs. VI, VIII, IX, XI), ou un état intestinal préexistait qui permettait de supposer une non-assimilation du médicament (Obs. VII, X, XII).

b) La cryogénine est un antithermique modéré. Dans la plupart des cas que relatent nos observations, c'est d'un degré à deux environ que la fièvre est abaissée, avec des doses de 0 gr. 50 et 1 gramme. Beaucoup de cliniciens penseront comme nous qu'il est meilleur en tous cas cliniques de modérer la fièvre, de la ramener entre 37° et 37°5 par exemple, que de la précipiter au-dessous de 36°. Aussi nous estimons que c'est une qualité pour un antithermique que de n'en obtenir que des effets moyens.

Nous rapportons quelques cas où précisément l'hypothermie a été obtenue ; si nous les signalons, nous ne croyons pas devoir les porter au compte de la cryogénine. Nous ferons remarquer, en effet, que ces cas sont ceux des malades dont l'état général était le plus atteint, dont les réactions vitales étaient le moins coordonnées, dont le pronostic, en un mot, était le moins satisfaisant

c) Le tuberculeux, le typhoïsant, l'infecté, tirent profit de la cryogénine. En ce qui concerne la typhoïde, notre observation XV montre l'effet antithermique au cours de la maladie et quand la défervescence se prépare, l'un brusque et alarmant, l'autre moelleux et lent. En ce qui concerne les infectés, les observations II et III montrent que l'action antithermique est ici encore très nette, mais aussi que l'accoutumance survient vite. Une adénoïdite est également heureusement influencée dans sa fièvre (Obs. I).

En ce qui concerne les tuberculeux, il ne nous a pas semblé que entre les tuberculeux à la première période et les tuberculeux hectiques, la cryogénine ait une différence d'action si marquée que l'écrivent MM. Dumarest et Carrière. A vrai dire, nous n'avons comme tuberculeux au début que les cas de l'observation IV et V ; chez eux la cryogénine s'est comportée honorablement, en ce sens qu'elle a, dans le premier cas, ramené à une température voisine de la normale, une fièvre réelle, quoique non excessive, et qu'elle a bridé la fièvre dans le second cas, fidèlement mais inégalement, parce qu'administrée sans méthode.

Chez les tuberculeux, ouverts mais non excavés, (observ. VI, VII, VIII, IX) nous avons pu constater que l'action de la cryogénine était indubitable, ne se démentait jamais. Chez les tuberculeux à la troisième période (Observations X, XI, XII, XIII, XIV), la cryogénine amenait de ces dénivellations thermiques dangereuses, qui sont plus le fait de leur sensibilité aux agents thérapeutiques en général qu'une preuve de l'efficacité réelle du médicament. Aussi, nous ne pouvons souscrire qu'avec réserve aux assertions de nos devanciers ; nous pensons que, toutes causes pesées, la fièvre tuberculeuse aussi bien que la fièvre hectique, est amendée par la cryogénine, cette dernière avec collapsus thermique, celle-là de moins importante manière, mais avec certitude.

d) L'emploi de la cryogénine s'accompagne rarement d'effets secondaires. Nous n'en avons, en ce qui nous concerne, observé d'autres que le vomissement; bien que le collapsus thermique, qui se marque en quelques heures par trois à quatre degrés d'abaissement de température, en soit bien un à nos yeux.

e) La dose utile paraît être entre 50 centigrammes et un gramme. Toutes les observations rapportées, avec les effets cités, ont été obtenues avec l'une ou l'autre de ces doses ; et l'on a vu que notre méthode d'appréciation nous a conduit à des résultats favorables, quand même.

f) L'emploi de la cryogénine ne doit pas être prolongé. En raison de l'accoutumance, dont on soupçonne l'existence plus qu'on ne la démontre, il faut craindre de continuer l'emploi de la cryogénine. On voit, en effet, lorsque pendant une huitaine de la cryogénine a été quotidiennement donnée, la courbe thermique, primitivement abaissée, se relever graduellement jusqu'à exprimer une fièvre continue légère, que de nouvelles doses ne parviennent plus à influencer.

En résumé, antithermique certain, fidèle, modéré pourvu que l'emploi en soit peu prolongé, sans contre indication importante, sans effet secondaire appréciable, utilisable dans les cas cliniques les plus divers, telle nous a semblé être la caractéristique de la cryogénine, dont on peut dire que c'est un honnête antiseptique, sans éclat, mais aussi sans traîtrise.



Fièvre typhoïde et grossesse.
Accouchement prématuré. — Guérison.

Par le docteur **H. Delbecq**, de Gravelines.

Le préjugé qui voulait autrefois qu'une femme enceinte fût à l'abri de toute maladie contagieuse, est aujourd'hui complètement détruit. S'il est rare en effet que les infections typhiques, varioliques ou autres attaquent les femmes pendant une grossesse, les travaux des nombreux auteurs, Jacquemier, Cazeaux, Bouchu, Piorry-Gariel, Jobard, Forget, Wallich, et autres ont démontré que grippe, fièvres éruptives, choléra, fièvre typhoïde, pneumonie, pouvaient, avec des effets divers sur l'utérus gravide, atteindre les femmes enceintes. En totalisant les différentes statistiques fournies par les auteurs qui se sont principalement occupés de la fièvre typhoïde au cours de la grossesse, on trouve que dans 60 0/0 des cas, la maladie a été observée dans les sept premiers mois de la grossesse, tandis que dans 40 0/0, elle atteignait des malades ayant passé le septième mois.

Et quel est le sort de la grossesse quand la maladie survient ? Dans 56,5 0/0 des cas, elle provoque l'avortement tandis que dans 43,5 0/0 la grossesse continue.

Quelle est la gravité de la situation créée par la fièvre typhoïde survenant au cours d'une grossesse ? Il y a lieu de distinguer l'époque de la grossesse à laquelle se montre la dothiénentérie. Si elle apparaît dans les sept premiers mois dans 55,5 0/0 des cas, l'avortement se produit et la guérison est alors la règle presque absolue puisqu'il ne se produit que 2,8 0/0 de décès.

Si au contraire, la maladie, survient dans les trois derniers mois, l'accouchement prématuré se produit dans 73 0/0 des cas, et on compte 18 0/0 de décès.

Il m'a été donné de soigner un cas de fièvre typhoïde du huitième mois d'une grossesse et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés que j'ai pu arriver à un heureux résultat dans un milieu où tout était à faire par le médecin lui-même.

J'ai cru devoir recueillir cette observation intéressante tant par le fait en lui même que par la manière dont je suis sorti de difficultés dans un milieu pauvre.

Le 10 septembre 1901 je suis appelé à Petit-Fort-Philippe chez Madame T. G. Il était 8 heures du soir. Voici ce que me raconte l'entourage de la malade. Cette femme âgée de 32 ans était enceinte de 8 mois. Depuis le 1er septembre elle éprouvait quelques malaises qui le 7 se compliquèrent de douleurs utérines.

On fit chercher la sage-femme, et dans la nuit elle accouchait prématurément, mais très facilement. La journée du 8 se passa bien. Le 9, un grand frisson se produit et la température s'élève. La sage-femme, voyant l'état grave, me fait appeler le soir, le thermomètre marquait 40 7/10, la malade affirmait qu'elle n'était pas souffrante, mais son énervement, sa loquacité, l'éclat de son regard faisaient croire à du délire. Le pouls petit, rapide, battant 134.

L'examen du ventre révèle du ballonnement moyennement accentué. Pas de douleurs dans la région de l'utérus, ni des ligaments. Les lochies qui, au dire de la sage-femme, étaient normales le matin encore, sont actuellement très odorantes et ont l'odeur fade spéciale de l'infection puerpérale.

La malade n'a pas pris d'injections depuis son accouchement.

Il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée.

La première idée qui se présente est celle d'une infection puerpérale. D'ailleurs devant la fétidité des lochies, la brusque élévation de la température, il est tout indiqué de faire une antisepsie vigoureuse des voies génitales. Séance tenante je fais une injection intra-utérine de un litre d'eau phéniquée à 3 0/0 suivie d'un lavage avec deux litres d'eau bouillie. Toutes les trois heures une injection vaginale est donnée avec deux litres d'une solution de sublimé à vingt-cinq centigrammes par litre.

Je revois la malade le 11 au matin, la température est descendue à 39° et le pouls plus fort est à 110. La diète liquide, lait, bouillon, œufs est maintenue. On donne 20 grammes d'huile de ricin et on maintient les injections toutes les deux heures, bien que les lochies soient moins odorantes.

A midi la température est à 39 encore, mais le pouls est remonté à 130.

L'état du ventre est le même que la veille et l'état général de la malade semble plutôt s'aggraver.

A six heures du soir les lochies se maintenant très odorantes, l'huile de ricin ayant donné deux selles abondantes sans caractères spéciaux autres qu'une extrême fétidité, la température étant remontée à 41° 3/10, le curettage utérin est décidé et immédiatement exécuté. Il est suivi d'une injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten, suivie elle-même d'un lavage à l'eau bouillie. La malade a bien supporté l'opération.

Le 12, à sept heures du matin, la température est à 38° 4/10; le pouls à 100 et l'état général meilleur. Les lochies sont presque normales. Toutefois, le ventre est un peu plus ballonné et il y a une sensibilité vague.

La malade a encore eu deux selles extrêmement fétides, dans la nuit, et presque liquides.

Le 12, à huit heures du soir, l'état de prostration de la malade s'accentue. Le ventre est plus ballonné, plus sensible surtout dans la région iliaque droite, où on peut percevoir quelque peu de gargouillement.

Du côté utérin, il n'y a plus rien d'anormal.

Le thermomètre marque 39°6; le pouls bat 120.

Dans ces conditions, il n'est plus possible d'incriminer l'état puerpéral comme cause des accidents actuels et l'idée d'une fièvre typhoïde se présente.

D'ailleurs, elle expliquerait cet accouchement prématuré que rien ne justifiait et l'état du ventre qui ne peut plus être dû à une infection puerpérale qui a cessé d'exister.

Les injections au sublimé sont maintenues au nombre de trois par jour. Des lotions froides sont faites matin et soir. L'antisepsie intestinale est assurée par le bengonaphtol et le salicylate de bismuth d'une part; d'autre part, par des lavements d'eau bouillie, additionnée tous les deux jours d'une solution phéniquée faible. La malade prend soixante centigrammes de bromhydrate de quinine, et deux cuillerées à soupe de sirop de chloral, le soir. Parfois, on est obligé de lui donner quatre grammes de bromure pour calmer l'agitation du délire.

Le 21 septembre, les injections sont réduites à une par jour.

La fièvre typhoïde évolue normalement, mais avec une excitation nerveuse très accentuée.

La défervescence se produit le 7 octobre et la convalescence, longue, bien que très surveillée, ne peut être considérée comme terminée, que vers le milieu de décembre.

L'enfant a vécu. Deux mois après sa naissance, il a eu un énorme abcès sous-maxillaire gauche qui, ouvert, a laissé s'écouler une grande quantité de pus très fétide.

L'allaitement artificiel seul a été employé.

Cette observation m'a semblé intéressante à divers points de vue.

Tout d'abord, la difficulté du diagnostic au début. Rien n'explique l'accouchement prématuré chez cette malade. L'accouchement s'est passé normalement, et s'il n'y a pas eu d'antisepsie après la naissance, la sage-femme est propre et ne semble pas devoir être mise en cause.

L'infection puerpérale existe. Mais elle a débuté trop près de l'accouchement pour pouvoir laisser croire à la forme ordinaire de la fièvre puerpérale, et il doit y avoir une cause infectieuse générale qui a engendré les troubles puerpéraux.

Rien ne permet encore de croire à des accidents typhoïdiques par l'examen direct et ce n'est que lorsque l'élévation de la température survit aux accidents utérins et que la diarrhée fétide s'établit après un purgatif, que la conviction s'ébauche pour se confirmer avec l'apparition des phénomènes abdominaux normaux dans la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, les accidents puerpéraux graves auxquels j'avais affaire, indiquaient, je crois, un traitement énergique, et je suis convaincu que sans cette intervention, ma malade n'eût pas résisté au double assaut utérin et abdominal de son infection typhoïdique.

Ici encore je n'avais qu'une instrumentation sommaire et, le plus souvent, trop peu de linge.

Malgré tout, en doublant l'asepsie d'une antisepsie suffisante pour corriger ce qu'il y aurait eu de défectueux dans la première, j'ai pu mener à bien une affection, qu'il eut été certes plus facile de soigner dans un milieu riche, ou dans un hôpital, que dans une famille pauvre.

Renseignements Thérapeutiques

De la Bromipine

La Bromipine a été introduite dans la thérapeutique par H. Winternitz pendant la seconde moitié de l'année 1898. C'est un composé résultant de la combinaison du brome avec l'huile de sésame stable, sans saveur ni odeur.

La bromipine se trouve dans le commerce sous la forme 1° de bromipine à 10 pour cent, liquide huileux, jaune clair, d'une certaine consistance, insoluble dans l'eau ; mais donnant avec elle, par l'agitation, une émulsion blanche, qui, abandonnée à elle-même, laisse se déposer la bromipine sous la forme d'une huile lourde ; 2° de bromipine à 33 pour cent, huile épaisse, visqueuse, d'une couleur brune claire, se dissolvant beaucoup plus lentement dans l'eau, consistance qui rend son ingestion peu commode, et force à la prescrire en capsules à 2 grammes ou en lavements.

Le meilleur mode d'administration est cependant celui qui consiste à faire prendre le médicament par la bouche. Une cuillerée à soupe de bromipine à 10 0/0 contient 1 gr. 5 de brome combiné, ce qui correspond à 2 gr. 35 de bromure de potassium.

Si, pour telle ou telle raison, l'administration par la bouche n'est pas applicable, on devra avoir recours à l'administration du médicament par les voies rectale ou sous-cutanée. Quelques malades éprouvent de l'aversion pour la saveur huileuse de ce produit. On y mêlera, dans ces cas, un peu d'essence de menthe poivrée, ou bien on le fera prendre dans du lait chaud ou on le délayera avec un demi-verre de vin ou de bière mousseuse, ou bien encore on l'administrera en capsules. Chez les malades qui doivent absorber une quantité de brome la plus grande possible, le mieux sera d'administrer la bromipine à 33 pour cent, en capsules ; on pourra encore leur conseiller l'usage de l'émulsion suivante :

Rp. : Bromipine à 10 % . . 100 gr.

Faites secundum artem avec deux jaunes d'œuf, une émulsion, puis ajoutez :

Cognac . . . . . . 15 gr.
Menthol . . . . . . 0 gr. 15

à prendre, par jour, trois cuillerées à soupe et davantage

La bromipine pouvant sans danger être prescrite à doses élevées, on fera bien de n'avoir aucune crainte au sujet de la prescription de ces doses. L'expérience a appris qu'avec ces doses élevées on obtient toujours de meilleurs résultats qu'avec de petites doses.

Cette substance présente, d'après M. Winternitz, les avantages suivants. Elle traverse l'estomac sans subir aucune modification ; arrivée dans l'intestin, elle s'y émulsionne avec la plus grande facilité et se trouve rapidement résorbée, sans être altérée en aucune manière. Elle se dépose ensuite dans les tissus, de même que les autres corps gras charriés par la circulation et subit alors, *in situ*, au contact des liquides alcalins de l'organisme, une décomposition progressive qui met constamment de nouvelles quantités de brome en liberté.

Au point de vue thérapeutique, ce sont là des propriétés précieuses. Il en résulte effectivement que la bromipine ne provoque aucun des symptômes d'intolérance gastrique qui déterminent l'apparition des accidents du bromisme. Bien plus, lorsque ceux-ci existent déjà du fait de l'administration des bromures alcalins, on peut remplacer ces derniers par la bromipine et poursuivre le traitement sans interruption, tout en faisant disparaître les accidents primitifs.

Employée chez les épileptiques, aux doses quotidiennes de

15 à 40 gr., elle supprime sûrement et pour longtemps les accès convulsifs, et elle exerce une action favorable directe sur l'état psychique et sur l'intelligence. En sa qualité de corps gras végétal facilement digestible, elle possède aussi une valeur nutritive qui mérite d'être appréciée et qui la rend particulièrement propre à un usage général et prolongé.

Si l'on compare les améliorations obtenues à l'aide de la bromipine avec les résultats que l'on a l'occasion d'observer, dans des cas semblables, à la suite du traitement bromuro-opiacé de Flechsig, on doit conclure que cette comparaison est tout en faveur de la bromipine.

Parmi les principales indications de l'emploi de la bromipine nous citerons :

1° Tous les cas d'épilepsie, récents et légers ; 2° Les accès d'épilepsie, dans lesquels les sels de brome ne produisent aucun effet appréciable ; 3° Les accès d'épilepsie, dans lesquels l'emploi de ces sels, tout en étant avantageux, provoque des accidents de bromisme ; 4° Les cas de dépression profonde des forces et des fonctions, donnant à craindre que l'emploi des sels de brome ne trouble encore davantage la digestion ; 5° Les troubles nerveux qui accompagnent la neurasthénie et les affections nerveuses les plus variées. Dans ces cas, la bromipine, de même que les autres préparations de brome, fait diminuer l'irritabilité réflexe, et calme ainsi les organes surexcités et fatigués à l'excès, tout en ayant sur les sels de brome l'avantage de ne pas irriter, comme eux, le canal de l'urèthre et le canal intestinal ; 6° Les cas de neurasthénie et autres affections analogues, dans lesquels on voudrait obtenir un effet nutritif en même temps qu'un effet sédatif. On n'a donc pas besoin, dans ces cas, de recourir à l'usage de substances nutritives artificielles, qui, comme l'expérience l'enseigne, inspirent, en général, aux malades plus de répugnance que les médicaments eux-mêmes. Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

IIIe Congrès international de Thalassothérapie de Biarritz. — Au moment où les agents physiques prennent dans la thérapeutique générale la place qui leur est due, il est nécessaire d'approfondir l'étude des divers facteurs de la cure marine, d'en dégager les effets préventifs et curatifs, afin d'en bien préciser les indications.

A ce titre, le Congrès international de Thalassothérapie de Biarritz continuera utilement l'œuvre accomplie par ceux de Boulogne-sur-Mer (en 1894) et d'Ostende (en 1895).

Ce Congrès, qui sera tenu sous la Présidence d'Honneur de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, durera trois jours du 19 au 21 avril 1903.

Sont membres du Congrès, tous les médecins, savants, familles de congressistes, étudiants en médecine qui s'inscrivent en temps utile et qui payent leur cotisation.

Le prix de la cotisation est de dix francs. Elle donne droit au volume qui publiera le compte-rendu du Congrès, aux réceptions, fêtes et excursions, enfin à la réduction du prix du voyage.

Toutes les Compagnies des chemins de fer français ont bien voulu accorder la réduction de 50 p. 100 sur le prix des places. La Compagnie du Midi accorde aux Congressistes qui se rendent à Madrid la faculté d'arrêt à Biarritz pendant la durée de notre Congrès.

Un Comité d'organisation, siégeant à Paris, est secondé par un Comité local d'administration, sous le patronage de la Municipalité.

Toutes les communications, demandes de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le docteur Lobit, secrétaire-général du Congrès à Biarritz ; à M. le docteur G. Baudouin, secrétaire du Comité parisien d'organisation, 5, rue du Mont Thabor, Paris, et à M. le docteur Seguel, 68, boulevard Malesherbes, Paris, secrétaire pour les pays étrangers.

Rapports

1° Quel est le résultat du séjour au bord de la mer sur les phénomènes intimes de la nutrition ?

Rapporteurs : MM. Albert Robin et Maurice Binet.

2° Quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la marine ?

Rapporteur : M. le docteur Lalesque, d'Arcachon.

3° Quelle est l'influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardio-vasculaire ?

Rapporteurs : MM. H. Huchard et Fiessinger.

4° La composition comparée de l'eau de l'Océan et de l'eau de la Méditerranée :

Par M. le Professeur Garrigou, président du Syndicat médical des stations Pyrénéennes.

UNIVERSITE DE LILLE

M. le docteur Marchand, médecin-adjoint à l'Asile d'aliénées de Bailleul, est nommé à Blois. — M. le docteur Bécue, médecin-adjoint à l'Asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé à Bailleul.

— Parmi les récentes **distinctions honorifiques** nous avons relevé avec satisfaction que M. le docteur Barroyer, de Croix (Nord), a reçu du Ministre de l'Intérieur une lettre de félicitation pour acte de dévouement lors de la catastrophe d'Arleux, et que M. le docteur Debève, médecin aide-major de 1re classe au 16e bataillon de chasseurs à pied a reçu la médaille de bronze des épidémies. Nous adressons à nos nos confrères meilleures félicitations.

Soutenance de Thèse

M. P.-F.-G. Crespin, de Saint-Pierre (Pas-de-Calais), externe des hôpitaux de Lille, a soutenu, avec succès, le mercredi 11 mars 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 122),

intitulée : Étude sur les anastomoses de l'iléon et de la portion terminale du gros intestin (iléo-sigmoïdostomie, iléo-rectostomie).

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — M. le docteur Dupuy, professeur de pharmacie, est autorisé à prendre un congé d'un an, sur sa demande et pour raisons de santé. M. le docteur Ribaut, agrégé, est chargé pendant ce congé du cours de pharmacie.

Rennes. — M. le docteur Dide est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Est nommé *chevalier* : M. le docteur Pervès, médecin de 1re classe de marine.

Instruction publique. — Sont nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs Moutier, Daumas, Bresset, de Paris.

Académie. — Sont nommés *officiers d'Académie* : MM. les docteurs Bouhében, Rubinroth, de Paris ; Bourgogne, de Cherbourg ; Astié, Hivert, Bécart, de Paris.

Notre Carnet

M. le docteur J. Vanneufville (de Tourcoing), nous fait part de la naissance de sa fille Jeanne. Nous adressons à notre distingué confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Garrigue, du Roc (Lot) ; Pauffard, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Dijon ; Couche, de Lyon (Rhône) ; Gilles, de Saint-Martel d'Ardèche ; Jules Codet, de Lamballe (Côtes-du-Nord).

OUVRAGES REÇUS

— **Un cas de sténose presque totale du conduit pharyngien,** par le docteur Tréthop, Anvers, Buschmann, 1902.

— **Circulation rénale; la voûte artérielle sus-pyramidale existe-t-elle ?** par le docteur G. Gérard, extrait des *Comptes-Rendus de l'Association des Anatomistes*, Montpellier, 1902.

— **Précis de bactériologie médicale,** par le professeur F. Berlioz, Paris. Masson, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

10e Semaine, du 1er au 7 Mars 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	3
3 mois à un an	2	3
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	7	4
40 à 60 ans	8	3
60 à 80 ans	9	12
80 ans et au-dessus	3	2
Total	43	33

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	7
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	19
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	4	»	»	»	»	»	»	8	16
Wazemmes, 36,782 hab.	2	»	»	»	»	»	»	»	4	1	4	»	»	2	»	»	1	»	»	8	22	25
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	3	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	10	8
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	8	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4	5
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	6	6
Total	4	»	»	»	»	»	»	3	17	7	8	»	»	13	»	»	2	»	»	22	76	126

N° 323. Septième Année. N° 12. Le Numéro : 10 centimes. 22 Mars 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'œuvre de la Goutte de lait du Nord

par Madame le Docteur **Bernson**.

Lorsque il y a plus de deux ans nous commencions nos démarches à l'effet d'organiser à Lille une Goutte de lait, nous avions cru à un succès facile et espéré des concours multiples.

La mortalité infantile par gastro-entérite et athrepsie est, en effet, considérable dans notre ville. D'après le Bulletin officiel de l'Office sanitaire municipal (année 1901), sur 1.300 décès d'enfants âgés de moins de 1 an, 781, soit plus de la moitié, sont dus à ces deux affections.

Il est reconnu depuis longtemps que la cause de cette énorme mortalité incombe principalement d'une part à la mauvaise qualité du lait ingéré par l'enfant soumis à l'allaitement artificiel, de l'autre à la façon irrationnelle dont cet allaitement est conduit.

Cependant, si l'on en excepte un arrêté municipal — très discutable — réglementant la vente du lait, les crèches, dont la plupart, malheureusement, ne sont que de simples garderies d'enfants, ne se souciant que médiocrement de cette question d'une alimentation rigoureusement réglementée, et la société la Mutualité maternelle, dont le but est de favoriser l'allaitement maternel, durant au moins les quelques semaines qui suivent l'accouchement, aucune initiative, à part une tentative de MM. les Drs OUI et AUSSET et dont nous serons heureux de voir les prochaines réalisations, — ne s'était encore — à notre connaissance — essayée à Lille en vue d'arracher à la meurtrière gastro-entérite ces malheureux enfants que, pour des raisons multiples, les mères ne peuvent nourrir et qui sont ainsi livrés aux funestes effets du biberon non surveillé.

Tout nous permettait donc d'espérer sur ce terrain le concours le plus actif et l'appui le plus efficace de la part des philanthropes si nombreux à Lille, des administrations bienfaisantes et des personnalités s'intéressant aux choses de l'hygiène en général et de l'hygiène de l'enfance en particulier.

Nous ne dirons pas ici les démarches vainement multipliées et les essais qu'une visible mauvaise volonté fit échouer. Nous parlions au nom de la science et de l'humanité ; mais ces raisons sont probablement de mince valeur lorsqu'elles sont présentées par des gens sans titres et sans influences. Et tel était notre cas.

Sans nous décourager, nous nous sommes alors tournés vers ceux dans l'intérêt de qui nous luttions, vers la classe ouvrière. Et ce que, à notre demande, la philanthropie, la charité bourgeoise ne daignèrent pas faire, la solidarité ouvrière décida de le tenter.

Les militants des organisations syndicales et coopératives étudièrent et discutèrent l'idée, et le 8 mars 1902 l'œuvre de la Goutte de lait du Nord était définitivement créée.

Quelque temps après, le conseil municipal de Lille accordait à la section lilloise de cette œuvre un subside de 2.000 francs, et mettait à sa disposition un local, bien modeste il est vrai, dans un des quartiers les plus éprouvés, à Moulins, 3, rue Fénélon.

A ce propos nous ne saurions trop remercier les membres du Conseil municipal qui ont appuyé notre demande, et plus spécialement M. le Maire, qui montra toujours pour l'œuvre le plus grand intérêt, et M. Goudin, adjoint aux Travaux, qui nous fut d'un grand secours lors de notre installation.

Celle-ci fut faite le plus rapidement possible et le *28 octobre 1902* la Goutte de lait ouvrait ses portes.

Vu le peu de temps écoulé, nous ne pouvons encore rien dire des résultats obtenus. Mais nous croyons utile d'indiquer en quelques lignes son fonctionnement.

Fonctionnement. — Dans la lutte contre la mortalité infantile par gastro-entérite et athrepsie, la Goutte de lait est une arme à deux tranchants : des plus utiles, si l'on a la possibilité de surveiller et de sélectionner soigneusement mères et nourrissons, inutile et même dangereuse, si les mères ne sont pas constamment soumises à un contrôle médical rigoureux. Dans ce dernier cas, en effet, les mères ne tardent pas soit à simuler une impossibilité d'allaitement naturel, ou même à sevrer complètement leurs enfants, afin de se procurer du lait, soit à employer à divers usages ménagers le lait donné pour l'enfant, ce dernier continuant à être nourri comme par le passé. Et alors l'assistance de la Goutte de lait devient en quelque sorte un encouragement au non allaitement de l'enfant par la mère, une prime à l'allaitement artificiel.

L'assistance par la Goutte de lait demande donc à être maniée avec la plus grande circonspection.

Dans notre Goutte de lait de la rue Fénélon, nous procédons de la façon suivante :

Toute mère qui demande à être assistée est soumise à une enquête préalable faite par un ouvrier enquêteur spécial. Cette enquête nous révèle la situation matérielle et morale de la famille. Ne sont acceptés que les enfants dont les parents sont reconnus nécessiteux.

Toute mère qui ne soigne pas elle-même son enfant est rigoureusement exclue. Nous ne voulons pas en effet accorder notre assistance à des mères qui dépensent 15 à 20 francs par mois, quelquefois plus, pour confier leurs enfants à des soigneuses, alors que des institutions spéciales, des crèches, sont à leurs dispositions dans ce but et cela, dans la plupart des cas, gratuitement. Personnellement, nous conseillons à ces mères de mettre leurs enfants à la crèche municipale, dont nous avons la surveillance médicale ; les enfants y sont soumis le jour à un régime rationnel et, pour la nuit et les jours fériés, la mère qui est reconnue incapable de donner le sein, reçoit toujours gratuitement, de la crèche, le nombre de biberons nécessaires à son enfant.

Si la mère soigne elle-même son enfant, elle se présente avec ce dernier à la consultation des nourrissons, où nous les examinons. Cet examen médical porte sur la mère comme sur l'enfant.

Si la mère peut nourrir son enfant, il ne lui est pas accordé de lait ; on se contente de lui indiquer les principales règles qui doivent la guider dans l'allaitement de son enfant, de lui faire en quelque sorte son éducation de nourrice. A l'approche du sevrage, toutefois, ces enfants reçoivent, pour faciliter la transition des deux modes d'alimentation, une certaine quantité de lait correspondant à leur âge.

Si la mère paraît susceptible de donner le sein à son enfant, mais d'une façon incomplète, on l'encourage à persévérer et on parfait l'allaitement de l'enfant par la distribution d'un nombre déterminé de biberons.

Enfin, si la mère est dans l'impossibilité absolue de nourrir, elle reçoit l'assistance complète, c'est-à dire la quantité de lait nécessaire à l'enfant suivant son âge et son poids, et réparti en un nombre de biberons également déterminé.

Chaque mère reçoit dès la première visite une pancarte imprimée sur laquelle sont résumées les notions fondamentales de l'hygiène infantile et, minutieusement détaillées, les mesures à prendre en cas d'allaitement artificiel

Le lait que nous distribuons provient d'une ferme du voisinage (laquelle fournit également le lait pour la crèche municipale) qui nous le livre aussitôt la traite. Cette ferme se trouve sous la surveillance du vétéri-

naire municipal ; les vaches sont soumises à l'épreuve de la tuberculine.

Le lait est immédiatement stérilisé, il s'écoule à peine 20 minutes entre le moment de la traite et celui de la stérilisation, condition reconnue essentielle pour l'obtention d'un bon lait. La qualité de ce lait est d'ailleurs excellente ; l'analyse journalière faite au laboratoire municipal nous donne pour le beurre les moyennes suivantes pour cent :

Décembre 1902	Janvier 1903	Février 1903
4.10	4.07	4 04

Or, d'après le Bulletin de l'Office sanitaire, la moyenne de contenance en beurre pour l'ensemble des laits prélevés à Lille dans le courant de 1901 était seulement de 23 gr. 47 par litre.

La mère vient chercher tous les matins, au siège de la Goutte de lait, les biberons qui sont attribués à son enfant pour la journée.

***

En un mot, l'influence et la surveillance de la Goutte de lait s'exercent sur trois catégories d'enfants :

a) les uns nourris exclusivement au sein ;

b) d'autres soumis à l'allaitement mixte ;

c) les derniers enfin qui relèvent exclusivement de l'allaitement artificiel.

Inutile de dire que tous mes efforts tendent à favoriser le plus possible l'allaitement maternel exclusif, ou tout au moins, l'allaitement mixte (1). Ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité que nous acceptons l'allaitement purement artificiel.

La mère doit venir présenter tous les mardis matin son enfant à la consultation. L'enfant est pesé, examiné et, en cas de légères affections, nous accordons gratuitement à la mère les médicaments nécessaires.

***

A cette surveillance hebdomadaire de l'enfant au local de l'œuvre, nous avons ajouté — ce que nous croyons être une innovation dans le fonctionnement des Gouttes de lait, ne l'ayant rencontrée dans aucune des institutions que nous avons visitées — *la surveillance de la mère et de l'enfant à domicile.*

Cette surveillance s'exerce d'abord par l'ouvrier enquêteur qui va le plus souvent possible surprendre à l'improviste les mères. Le résultat de ses visites est consigné au jour le jour sur un carnet-questionnaire, et il profite de sa présence pour rappeler à la mère les prescriptions et les conseils qui lui ont été donnés.

Puis par le médecin qui se rend de temps à autre au domicile des assistées afin de se rendre compte par lui-même de la bonne exécution de ses recommandations.

Cette surveillance à domicile, surtout celle faite par le médecin, est de la plus haute importance, car elle permet de supprimer ou tout au moins d'atténuer dans la mesure la plus large possible les dangers inhérents à l'assistance par la Goutte de lait, dangers que nous avons signalés plus haut. Elle permet d'une part de surprendre les mères ayant réussi à simuler l'incapacité d'allaiter leur enfant; de l'autre, la mère se sent sous le coup d'un contrôle de tous les instants et peut difficilement détourner le lait de sa destination.

A certaines périodes de l'année une distribution de linge sera faite à titre d'encouragement aux mères les plus méritantes.

Mais cette surveillance à domicile n'est possible que si l'institution reste dans des limites assez restreintes, suffisamment restreintes pour que le médecin-directeur puisse connaître, suivre et apprécier chacune des mères qui forment la clientèle de la Goutte de lait. Du jour où une pareille institution prendrait une extension trop forte, la surveillance diminuerait d'efficacité et les dangers dont nous avons parlé seraient difficilement évités.

Notre intention est donc pour l'avenir de pousser à la création dans chacun de nos quartiers populeux de Lille d'une institution de même genre que celle que nous sommes arrivés à instituer à Moulins-Lille (1) et notre espoir est que notre exemple trouve des imitateurs.

(1) Grâce à l'obligeance de M. Ghesquière, adjoint à l'assistance publique, nous distribuons à ces deux catégories de mères des bons de cuisines populaires.

(1) Il va sans dire que la Goutte de lait doit être complétée par la crèche, à la condition que cette dernière soit organisée rationnellement et ne reçoive qu'un nombre d'enfants très limité.

Consultations Médico-Chirurgicales

Rhumatisme chronique

Professeur F. Combemale.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **A.** Une femme, portant des traces de scrofule ou que la chlorose a frappée vers seize ans, ayant toujours vécu dans les régions à brouillards et habitant une maison froide et humide, ressent par intervalles, une fois l'âge de trente ans passé,

des fourmillements sur les trajets nerveux, de la raideur dans les articulations et dans les os des extrémités : ces sensations agaçantes se précisent bientôt ; au niveau d'une ou plusieurs petites articulations des mains ou des pieds il survient de la douleur, de la tuméfaction, de la chaleur, une teinte rosée, accompagnée ou non de fébricule ; cette *première poussée de rhumatisme goutteux* durera quelques jours seulement : elle sera subaiguë.

Après quelques poussées semblables, des déformations (saillies osseuses aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius), se sont installées, des attitudes vicieuses (segments des divers doigts, orteils déviés en dehors isolément ou en totalité), ont été fixées par les contractures des muscles périarticulaires fléchisseurs qui ont succédé à des crampes pénibles. Le *rhumatisme noueux* est constitué, désigné aussi sous le nom de rhumatisme goutteux, polyarthrite déformante, goutte asthénique.

Progressivement et symétriquement, ces douleurs, ces déformations, ces ankyloses envahiront les cou-de-pied, les poignets, les genoux, les coudes, le rachis : des troubles trophiques de calorification suivront, précédant l'impotence absolue. Des complications, une arthropathie, la tuberculose, l'albuminurie mettront fin à cette *cachexie rhumatismale*.

B. Un grand rhumatisant, un sujet porteur d'une arthrite aiguë ont souffert de façon prolongée : puis une grande articulation, la hanche, le genou est restée seule douloureuse, de façon permanente et pour tout mouvement forcé ; ensuite des poussées subaiguës à brèves reprises ont renforcé ces douleurs, limitant chaque fois le champ d'excursion de l'article. Et enfin, un jour le patient se présente avec une articulation volumineuse, douloureuse spontanément ou pour tout mouvement, craquant sous la main, privée d'une partie des mouvements qui lui appartiennent, avoisinée par des muscles contracturés ou atrophiés, soumise à des poussées locales subaiguës, quand l'ankylose n'est pas complète. C'est l'arthrite déformante partielle, le *morbus coxæ senilis*, quand c'est la hanche qui est atteinte.

C. Une femme avoisinant la ménopause, un arthritique voient se produire, après quelques petites poussées avec réaction locale infime, au niveau de la phalangette, une nodosité, qui s'accroît, gêne le mouvement articulaire et finit par immobiliser cette articulation en position vicieuse. En même temps que s'organise cet ostéophyte, sur le doigt symétrique le même phénomène se produit sans réaction, presque sans douleur, aboutissant à la même ankylose. Et successivement toutes les phalangettes sont prises. Les lésions ainsi constituées sont les *nodosités d'Heberden*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La cause dernière de ces affections que réunit le caractère commun d'arthropathies localisées ou généralisées évoluant par poussées subaiguës et présentant une marche progressive, paraît être un trouble de la nutrition, mal défini dans son essence mais lié peut-être à des troubles digestifs, à des intoxications lentes et englobé dans l'arthritisme. Cette indication pathogénique commande le traitement général interparoxystique.

Lors des poussées aiguës, c'est la douleur qui est surtout visée, indication clinique que l'expérience a montré devoir être remplie de certaine manière.

TRAITEMENT. — **« Rien n'est plus décourageant que de soigner un rhumatisme chronique »**, car l'hygiène, qui constitue le fond du traitement intercalaire, n'est que rarement observée par le malade, et les fautes contre l'hygiène sont rapidement suivies de manifestations douloureuses, dont la fréquence augmente avec le nombre des attaques antérieures. D'autre part, l'assuétude aux médicaments est rapide chez ces malades, et besoin est, d'une poussée à l'autre bien souvent, de demander à de nouveaux agents la sédation que ne donne plus celui qui avait réussi antérieurement.

PENDANT LES POUSSÉES DOULOUREUSES. — La douleur du rhumatisme chronique n'a pas l'intensité du rhumatisme articulaire aigu, tant s'en faut. Mais quoique subaiguë, chaque poussée exigera qu'une sédation réelle soit apportée à la douleur ; l'impotence par tuméfaction des articulations incite du reste à rechercher les moyens qui calment en même temps qu'ils font tomber la fluxion.

a) **Lors de poussées moyennement intenses.** — α) Quoique leur impuissance soit fréquente, c'est par les salicylates qu'il convient de commencer ; à un premier ou second accès, il sera bien rare du reste que le **salicylate de soude** ne soulage point. A la dose de 3 à 4 grammes, la sédation ne tarde pas, surtout si on a pris soin de faire suivre la prise d'un verre d'eau diurétique, de Vittel de Contrexéville, d'Evian, par exemple ; mais le malade se fatigue vite du salicylate, surtout si des bourdonnements d'oreilles surviennent. L'**aspirine** réussit aussi bien à 2 ou 3 grammes par jour, mais ne doit pas être appuyée d'eau alcaline ; elle fait suer, mais rend moins souvent sourd que le salicylate de soude.

Au cas où l'intégrité des reins n'est pas parfaite, il faut préférer les badigeons avec le **salicylate de méthyle** suivis d'enveloppements de la région douloureuse ; deux fois par jour on oint avec un pinceau chargé de ce médicament de consistance huileuse les articulations malades que l'on couvre d'un pansement protecteur

pour assurer l'imprégnation et l'absorption locales. Depuis quelque temps, on s'efforce de remplacer par d'autres éthers salicyliques le salicylate de méthyle, dont l'odeur violente est importune et gênante : le **salicylate d'amyle**, déjà plus supportable, l'**ulmarène**, moins odorant encore, le **mésotane**, qui ne sent plus du tout, gardent cependant les propriétés sédatives du salicylate de méthyle : les quantités à employer et le mode d'emploi sont les mêmes. **Ces salicylates volatils, il convient du reste de les appliquer sans véhicule**, car c'est leur faire perdre de leur intensité d'action de les mélanger à de la vaseline, à des huiles, à d'autres calmants.

β. Soit qu'on obéisse au malade, qui est fatigué des salicylates sans rien avoir de sérieux du reste à leur reprocher, soit que réellement l'action des salicylates ait diminué, un moment vient où l'on renonce à ce moyen médicamenteux pour la présente poussée ou pour une autre. Employez alors l'**antipyrine**, mais à des doses moitié moindres. Deux à quatre cachets de 0 gr. 50, ou la potion effervescente d'antipyrine seront les modes pharmaceutiques préférés.

La même raison fera peut-être aussi prescrire la **phénacétine**, on en obtiendra le même bon résultat certain, mais passager, à raison de deux à quatre pilules par jour de

Phénacétine	0 gr 20
Thridace	0 gr 10

pour une pilule.

Le **sulfate de quinine** enfin pourra être essayé à son tour : il réussit parfois aux doses de 0 gr. 75 à 1 gr 50 par jour.

b) **Lors de poussées prolongées.** — *a)* Lors de prolongation de l'accès douloureux ou d'accès subintrant, les salicylates, l'antipyrine, la phénacétine ne sont plus acceptés, calment peu du reste. Essayez alors, nouveau moyen, les **cataplasmes de sable chaud** : une température locale de 50° est aisément supportée par les malades pendant une demi-heure et plus : ce topique peut être du reste répété plusieurs fois par jour.

b) Lorsque la fièvre accompagne ces accès subintrants, l'on peut faire mieux : soumettez votre malade aux **alcalins**. Que pendant trois à six semaines, il prenne quotidiennement de 15 à 30 grammes de bicarbonate de soude, partie en paquets de 2 grammes, partie en eau de Vichy : l'exacerbation des douleurs en sera certainement diminuée. Mais en même temps, tentez des onctions calmantes avec du laudanum en frictions, avec des **liniments** à la belladone, à la ciguë, à la jusquiame, à l'extrait thébaïque ou avec le liniment suivant :

Chloroforme	10 grammes
Laudanum de Sydenham	5 grammes
Huile de jusquiame	60 grammes

L'alimentation pendant les poussées douloureuses doit être celle que l'on recommande au rhumatisant dans la période intercalaire.

AU DÉCLIN DES POUSSÉES DOULOUREUSES. — Au déclin de la période aiguë, il faut encore intervenir, non plus dans l'intention de calmer, mais dans le but d'aider à se résoudre les déformations survenues, et de prévenir les contractures ; le traitement local sera donc prédominant.

On appliquera sur les grosses articulations qui ont été douloureuses deux fois par semaine de la **teinture d'iode** ; on fera de minuscules traînées de **pointes de feu** sur les moyennes ; sur les petites, on posera un **emplâtre de Vigo** : peut-être ce faisant, les douleurs réapparaîtront-elles, peut-être aussi réussirez-vous à empêcher l'apparition de la saillie osseuse. **Ne comptez pas trop sur les effets de cette révulsion.**

Mais, si la chose vous est loisible, ayez surtout recours à l'**électricité;** électrisation statique ou courants continus en des séances quotidiennes ou bien plus espacées, suivant les cas, seront fort utiles et efficaces pour effacer toutes douleurs, enrayer les contractures, prévenir l'atrophie musculaire. **Mieux vaut cependant ne pas faire de l'électricité que d'en faire avec un outillage imparfait.**

Ne dédaignez pas le **massage**, il peut suppléer l'électrothérapie ; prudemment et scientifiquement conduit, il favorise la résorption des exsudats périarticulaires ; dix à vingt séances rapprochées seront fort utiles ; comme il est pratiqué à Aix-les-Bains sous la douche chaude, il est particulièrement efficace.

Les **frictions sèches**, quoique moins efficaces que le massage, ne sont pas sans action, et dans les milieux pauvres on doit les recommander sur les points qui ont été atteints et au voisinage des lésions en train de se constituer ; la **gymnastique** enfin est un adjuvant utile, même si elle porte seulement sur les articulations qui ont été prises.

Au sortir de chaque poussée douloureuse, surtout si elle a été un peu prolongée, la vitalité de l'organisme a besoin d'être relevée. Parmi les toniques, le **quinquina**, la **lécithine**, seront prescrits : je donne toujours la préférence à la décoction de quinquina, dont on coupe d'un tiers une tasse de lait prise deux fois dans l'intervalle des repas, et aux injections hypodermiques huileuses de lécithine Rabot tous les deux jours. Si l'anémie est évidente, les ferrugineux, iodure ou protoxalate de fer seront préférés. Mais **on s'abstiendra d'huile** de foie **de morue** comme trop toxinifère, au même titre que d'une alimentation qui, pour être substantielle, oublierait d'être avant tout simple et sans poison.

DANS L'INTERVALLE DES POUSSÉES DOULOUREUSES. — Une fois la poussée bien éteinte, il convient

de régler le traitement interparoxystique proprement dit, qui s'adresse à la fois à l'état général et à l'état local.

Hygiène. — Parce qu'elle prime tout le traitement, **l'hygiène doit être en quelque sorte imposée à ces malades** : sans elle, tous moyens seront à peu près sans effet ; se pliant aux exigences de l'hygiène, le rhumatisant peut espérer enrayer le développement de son mal.

Alimentation. — Dans l'alimentation du rhumatisant, le laitage entrera dans de larges proportions, ainsi que les légumes frais ; tous les aliments simplement préparés, du reste, et dans lesquels des toxines n'auront pu se développer, seront autorisés, tels les œufs, la viande de boucherie, la volaille, le poisson frais, les farineux ; mais toute préparation culinaire compliquée ou savante, tout faisandage, toutes conserves, toutes pâtisseries, tout fruit acide, tous mets de haut goût lui seront défendus, ainsi que les vins à bouquets ou pétillants, les liqueurs, le café ou le tabac ; l'eau faiblement alcaline avec très peu de vin constituera sa boisson aux repas ; en un mot, **le rhumatisant chronique sera sobre et pas gourmet.**

Excrétions. — On devra veiller aussi au bon fonctionnement de son filtre rénal, en lui faisant faire deux ou trois fois par an, à domicile, de petites saisons d'eaux diurétiques. On assurera la sortie, par le tégument cutané, des poisons provenant des matériaux de désassimilation cellulaire ; dans ce but, des **bains tièdes**, suivis de friction sèche, seront pris deux fois par semaine, remplacés par séries par des douches générales tièdes, à 36° environ ; quotidiennement enfin, une **friction** au gant de crin sur les membres sera pratiquée.

Vêtement et Habitation. — Enfin, comme le froid humide lui est nuisible, le rhumatisant se vêtira de **flanelle**, même en été ; il choisira une habitation sèche, dont les murs ne suinteront pas l'humidité, sur la hauteur, bien ensoleillée, chauffée artificiellement l'hiver. Et s'il lui est possible de passer la mauvaise saison loin de chez lui, on devra chercher à l'éloigner des pays humides et froids pour un climat sec et chaud, la Provence ou l'Algérie par exemple, mais **il évitera les bords de la mer.** Les bains de mer en été lui sont du reste défavorables, et il préférera les champs.

Thérapeutique médicamenteuse. — Le traitement médicamenteux de la période intercalaire comporte l'emploi des iodures ou de l'arsenic.

a) Par ingestion. — Empiriquement et à titre d'altérant, propriété thérapeutique bien vague, l'**iode** passe pour efficace à la condition d'être longtemps prolongé dans le rhumatisme chronique, à la condition aussi, chose rare, que des troubles digestifs n'accompagnent pas son emploi. Si l'on croit devoir, — et les raisons cliniques aussi bien que les pathogéniques pour cet emploi manquent totalement, — prescrire l'iode, la teinture d'iode sera rejetée, l'**iodure de potassium** préféré à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigrammes par jour ; parmi les meilleures préparations on s'arrêtera aux pilules d'iodure Cros ou la benzoiodhydrine Bruel. Il est cependant un avantage appréciable avec l'iode que l'arsenic ou les sulfureux ne comportent pas, c'est qu'il ne réveille ni n'exaspère les douleurs.

Echouant complètement dans les cas invétérés ou chez les personnes d'âge avancé, l'**arsenic**, empiriquement prescrit lui aussi, commence, lorsqu'il est pris à l'intérieur sous forme de liqueur de Fowler à VI et X gouttes deux fois par jour, par provoquer une poussée dont les malades ne sont point reconnaissants au médecin ; aussi l'iodure est-il préféré.

b) Par balnéation. — Mais le maximum d'efficacité des moyens thérapeutiques s'obtient avec les bains. Qu'ils soient arsenicaux (2 à 10 grammes d'arseniate de soude), alcalin (100 à 150 grammes de carbonate de soude), salés (2 à 4 kilogs de chlorure de sodium) ou sulfureux (40 à 100 grammes de polysulfure de sodium), ou au contraire qu'ils ne contiennent aucun principe médicamenteux, les **bains**, pour rendre la souplesse aux articulations, pour éloigner la tuméfaction des têtes osseuses, doivent être chauds, de 37° à 42°, graduellement chauffés ou maintenus à la température choisie : on doit y séjourner de quarante-cinq minutes à une heure, y faire quelques exercices rythmés ; au sortir du bain on doit passer au lit d'une à deux heures. C'est pendant des mois que ces bains, d'abord quotidiens, plus tard bi-hebdomadaires, seront ainsi pris.

Les **bains de vapeur** ne sont pas moins actifs que les bains chauds, mais ils s'adressent surtout aux cas cliniques récents et simples, de même que les **bains térébenthinés** obtenus par le passage de vapeur d'eau sur des copeaux de bois de pin, de même aussi que le **bain turc** ou bain d'air chaud et sec.

Il vaut mieux ne pas faire usage du bain chaud local dans le rhumatisme limité à peu d'articulations ; c'est un moyen très inférieur aux précédents.

Traitement thermal. — Presque toujours besoin sera au rhumatisant chronique, qu'il soigne son hygiène ou qu'il s'y refuse, de compléter le traitement par une ou plusieurs saisons à une station minérale ; il recherchera même spontanément ce moyen, quelque coûteux qu'il soit, à raison des bons effets qu'il en retire.

Le premier conseil à donner dans ce sens sera de choisir une **station thermale**, à eau chaude.

α) S'agit-il d'arthrite déformante relativement récente, de pronostic peu grave, portant sur une grosse articulation, les boues de Saint-Amand, celles de Dax seront à conseiller pour une ou plusieurs saisons consécutives.

β) S'agit-il d'un rhumatisme noueux en évolution, dont les poussées sont éloignées, presque sans réaction, c'est Aix-les-Bains, c'est Amélie-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, Barèges qui conviennent ; et encore l'excitation de ces eaux sulfureuses peut être telle qu'elles réveilleront une poussée.

γ) S'agit-il d'un rhumatisme noueux récemment calmé, Luxeuil, Néris, Plombières, Bourbon l'Archambault seront efficaces à raison de leur thermalité élevée et leur faible minéralisation.

δ) Les états généraux ou les lésions d'organes concomitants du rhumatisme chronique dirigent aussi le choix, parfois ; le lymphatisme vers les eaux chlorurées sodiques telles que Balaruc, Bourbonne-les-Bains, La Motte-les-Bains ; l'herpéto-arthritisme vers Royat ou Ems ; les complications respiratoires vers la Bourboule et le Mont-Dore ; les lésions cardiaques vers Bagnols-en-Lozère.

Blépharite ciliaire

Docteur E. Painblan.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une personne, enfant ou adulte, accuse des démangeaisons plus ou moins vives, parfois de la douleur au niveau des paupières. Les bords palpébraux sont légèrement gonflés, de coloration rougeâtre, ou bien le voisinage de la base des cils est couvert de petites pellicules blanches et grises, sous lesquelles on trouve la peau hyperhémiée, mais non ulcérée. C'est le *début de la blépharite ciliaire.*

Chez cette personne, qui a souffert de ses paupières, quelques croûtelles engluent les cils qui sont cassants et tombent facilement. Les cils paraissent mal plantés et se dirigent dans des directions variables ; à leur base gonflée et entourée d'une aréole jaunâtre, se produisent de petits abcès miliaires ; si l'on fait tomber les croûtelles, on trouve au-dessous d'elles de fines ulcérations. Il y a un peu de larmoiement. Les démangeaisons sont vives ; elles sont parfois remplacées par de véritables sensations douloureuses. C'est la *blépharite à la période d'état*, dans laquelle les lésions peuvent rester longtemps stationnaires.

Chez ce même sujet abandonné à lui-même sans traitement, la rougeur et le gonflement augmentent ; beaucoup de cils tombent : ceux qui restent sont agglutinés entre eux par des croûtes très épaisses recouvrant des ulcérations plus profondes. La douleur et le prurit sont plus grands ; le bord palpébral, surtout chez les enfants strumeux, présente un gonflement que l'on a comparé au gonflement léonin de la lèvre supérieure, c'est la *blépharite hypertrophique.*

Chez ce porteur de blépharite à une dernière période, les cils sont tombés, entraînant les follicules ; ils laissent une ulcération à bords irréguliers, à fond grisâtre ; c'est la *blépharite ulcéreuse ;* ces ulcérations vont se réunir ; et plus tard les bords libres seront uniformément rouges et ulcérés. Ils peuvent se renverser en dedans ou en dehors, amenant ainsi de l'entropion ou de l'ectropion avec leurs conséquences : dacryocystite, larmoiement continu, lésions conjonctivales ou cornéennes, etc.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES, PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — **A.**) Multiples sont les causes de la blépharite, multiples aussi par suite les indications d'intervenir.

I. Liée à la constitution du malade ; *a*) tantôt il s'agit d'un enfant lymphatique et strumeux, déjà porteur d'impetigo de la face, du cuir chevelu, du pourtour des narines, des oreilles ; *b*) tantôt d'un adolescent scrofulo-tuberculeux présentant des engorgements ganglionnaires ou des manifestations variées de la tuberculose locale ; *c*) tantôt enfin d'un adulte, arthritique, goutteux, lithiasique ou bien eczémateux ou encore anémique, ou pityriasique chez lesquels l'état général devra être soigné en même temps que l'état local. Dans tous ces cas, la bilatéralité des lésions sera notée.

II. Liée à des *causes locales*, telles que (*a*) une lésion de voies lacrymales (larmoiement simple, dacryocystite chronique), l'unilatéralité et la limitation de la blépharite à la paupière inférieure ainsi que l'examen rhinoscopique faciliteront le diagnostic, mais exigeront des efforts thérapeutiques en plusieurs sens ; *b*) une lésion de la conjonctive (conjonctivite granuleuse surtout) : l'indication première sera pour la conjonctivite : *c*) un vice de réfraction : hypermétropie, asthénopie accommodative, astigmatisme, les caractères de cette blépharite seront d'être discrète, mais fort rebelle ; l'indication sera donc la persistance de la thérapeutique dirigée contre le vice de réfraction constaté : *d*) des parasites (pediculi capitis ou pediculi pubis, favus, trichophyton), la loupe et le microscope feront le diagnostic, les antiparasitaires le traitement.

III. Dépendant aussi de causes occasionnelles : séjour dans un air chargé de poussières ou de vapeurs irritantes, telles que les fumées, le tabac ; veilles prolongées ; froid ; vive lumière, telles que celle de l'arc électrique ou de l'acétylène, etc., la blépharite aura des indications hygiéniques en rapport avec sa cause.

B). En plus de sa cause, il faut considérer la marche de la blépharite : or, la marche en est très variable. D'un mot la blépharite ciliaire est toujours difficile à guérir : elle peut céder cependant à une thérapeutique appropriée, dont les grands traits sont les suivants : Antiseptiser les bords des paupières après les avoir nettoyés, avoir

fait tomber les squames et les croûtes, arraché les cils malades, ouvert les petits abcès. Empêcher l'oblitération des orifices des canaux excréteurs et préserver la peau contre l'humectation constante par les larmes. Calmer la douleur et le prurit.

TRAITEMENT. — Le traitement sera d'abord local, il sera en même temps général.

TRAITEMENT LOCAL. — Il est un peu différent suivant le moment de l'évolution où l'on prend la blépharite.

Au début. — Au début contre la blépharite simple, employez les **astringents**. Formulez l'une ou l'autre de ces lotions :

I. Extrait de saturne .... 10 grammes
V à VI gouttes dans un verre d'eau tiède.

II. { Sulfate de zinc .... 50 centigrammes
Eau bouillie .... 50 grammes

pour compresses fréquemment renouvelées.

Vous pouvez aussi user de lotions chaudes à l'**eau boriquée** à trente pour mille et employer la pommade :

{ Vaseline .... 10 grammes
Cocaïne .... 3 centigrammes
Oxyde de zinc .... 20 centigrammes

qu'on appliquera matin et soir sur le bord des paupières, après nettoyage soigneux des bords libres.

Une fois les croûtes parues. — Plus tard, quand des croûtes se sont produites, faites mettre matin et soir de petits **cataplasmes** de fécule de pommes de terre qui, en ramollissant les croûtes, en faciliteront la chute. Faites suivre de lavages avec la solution d'acide borique. Pratiquez l'épilation des cils malades.

Ce nettoyage du bord palpébral est souvent assez douloureux, surtout chez l'enfant ; aussi **insistez pour qu'il soit pratiqué très régulièrement** plusieurs fois par jour. Faites appliquer ensuite, sur le bord des paupières, l'une des trois pommades suivantes :

I. { Calomel .... 20 centigrammes
Vaseline .... 10 grammes

II. { Oxyde de zinc .... 1 gramme
Résorcine .... 10 centigrammes
Amidon .... 1 gramme
Vaseline .... 10 grammes

III. { Oxyde de zinc ....
Protargol .... } ãã 1 gramme
Amidon ....
Vaseline .... 10 grammes

Plus tard et surtout dans la blépharite hypertrophique, vous pouvez user de la pommade :

{ Précipité jaune .... 10 centigrammes
Vaseline .... 10 grammes

Lors d'ulcérations. — Enfin si la blépharite est devenue ulcéreuse, n'**employez plus les corps gras,** ils sont plutôt contre indiqués. Servez-vous de solutions **astringentes** telles que sulfate de zinc ou extrait de saturne à un pour cent.

Ou cautérisez les ulcérations avec le **nitrate d'argent** à un pour cinquante ; ou avec la **teinture d'iode**. Si elles sont fongueuses, touchez-les à la pointe fine du **galvano-cautère**.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il consiste à améliorer la constitution du malade et les conditions hygiéniques dans lesquelles il doit vivre.

Causes générales. — Lorsqu'une cause générale peut être invoquée dans un cas de blépharite donnée, on s'attache à la combattre : chez les enfants, le lymphatisme, la strume, l'anémie et la scrofulotuberculose, seront concomitament traités par le phosphate de chaux, le sirop antiscorbutique, les toniques, l'huile de foie de morue : on insistera sur l'**hygiène** (grand air, repos, suralimentation, etc.) **Ne prescrivez pas les bains de mer**, ni même le séjour sur les plages : l'action en est souvent trop irritante. Vous obtiendrez de meilleurs effets par les eaux de Salins ou de Salies de Béarn.

Chez l'adulte, prescrivez le régime approprié à l'arthritisme, à la goutte, à l'eczéma, etc. Usez selon les cas des préparations iodées ou arsenicales, ou des alcalins. Les eaux de la Bourboule et du Mont Dore trouveront ici leurs indications.

Dans certaines formes torpides, vous pourrez prescrire l'usage local et général es eaux sulfureuses faibles, comme certaines sources d'Aix, de Cauterets, de Luchon.

Causes locales. — Rétablissez, s'il y a lieu, les voies lacrymales, faites-y des injections antiseptiques, soignez, comme il convient, les inflammations de la conjonctive.

Corrigez les vices de réfraction en prescrivant l'emploi de verres appropriés.

Contre la blépharite parasitaire, épilez le cil trichophytique ou favique. Employez, mais avec précaution, le sublimé et l'onguent napolitain : le parasite disparu, il restera une blépharite simple que vous traiterez comme il a été dit plus haut.

Causes occasionnelles. — Efforcez-vous de les supprimer, autant que faire se pourra. Recommandez une hygiène sévère de la vue. Contre la lumière et les poussières, faites porter des **verres fumés**, forme coquille. Conseillez de renoncer au moins quelque temps au travail prolongé de près, surtout à la lumière artificielle. Recommandez d'éviter la fumée, les poussières, les vapeurs irritantes.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 mars 1903

Présidence de M. GAUDIER, président.

Action bactéricide de la bière de Lille sur le bacille de la fièvre typhoïde

MM **Surmont** et **Dehon** *(sera publié in extenso.)*

M. **Charmeil** dit que ces recherches sont à rapprocher de celles qu'on a faites sur le cidre qui est plus acide que la

bière et dont le pouvoir bactéricide est considérable. La bière est par elle-même stérile, la fabrication l'exige et la fermentation serait compromise si on employait de l'eau non bouillie. La bière, par elle-même, est presque aseptique, à l'inverse de ce qui se passe pour le vin et le cidre.

M. **Combemale** répond que ce qui est vrai de la bière l'est également du vin et du cidre. Là où il y a fermentation non sélectionnée, il y a lutte entre plusieurs ferments, l'un d'eux l'emporte qui détruit toutes les autres espèces, et meurt enfin lui-même de ses propres toxines. La précipitation aide aussi à l'aseptisation du vin. D'ailleurs, si on ne boit pas la bière dès sa fabrication, on ne boit le vin qu'après quelques mois ; il est tout aussi aseptique que la bière, quand on n'y ajoute pas d'eau au moment de le boire.

Ostéosarcome périostique du tibia. — Désarticulation de la hanche par le procédé Esmarsch-Pollosson modifié

MM. **Gaudier** et **Chancel**, interne, présentent un ostéosarcome périostique du tibia gauche, dont l'examen histologique a été fait par M. Curtis.

Cette tumeur volumineuse a évolué en 6 mois ; son siège, sa forme, sa consistance, l'élévation locale de la température, qui était ici de 3 degrés et demi, imposaient le diagnostic. La suppression du membre fut décidée ; et comme la fillette présentait de la fièvre vespérale, 38° environ, et un mauvais état général, comme en outre la tumeur avait envahi le creux poplité, M. Gaudier fit la désarticulation de la hanche par le procédé d'Esmarch-Pollosson, un peu modifié. L'on sait en quoi consiste essentiellement ce procédé : le membre étant rendu exsangue par la bande d'Esmarch, la cuisse est amputée au tiers supérieur par la méthode circulaire, l'os est scié au ras des parties molles rétractées, l'hémostase définitive est ensuite faite. On fait alors, à partir du moignon, une incision latérale externe, qui suit le fémur, jusqu'à deux centimètres au dessus du grand trochanter, et se coude ensuite suivant la direction du col fémoral. On incise les adhérences tendineuses, qui se rendent au fémur, en rasant l'os le plus possible, puis, arrivé à la face postérieure de la capsule, après section des muscles pelvitrochantériens, on incise la capsule et on luxe la tête fémorale en dehors, on coupe le ligament rond, les muscles de la région antéro-interne de la cuisse, qui s'insèrent sur le fémur, et on enlève la tête du fémur.

Le procédé opératoire de M. Gaudier diffère un peu de ce dernier, par ce fait que nous n'avons pas mis de bande d'Esmarch, ni fait d'incision latérale externe. Rasant l'os très facilement, par une dissection minutieuse, M. Gaudier a énucléé le fémur, un aide rétractant le plus possible les parties molles.

L'avantage de ce procédé est de permettre de faire une opération presque exsangue, ce qui a son importance chez les sujets anémiés, pour qui une hémorrhagie importante pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La responsabilité civile en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles

La *Gazette des Hôpitaux* constatait dernièrement que « jusqu'ici, la responsabilité civile en matière de syphilis semblait, avec la jurisprudence actuelle, limitée presque exclusivement à des cas de transmission de syphilis par des nourrissons hérédo-syphilitiques ou par l'intermédiaire d'instruments de travail ». De fait, les journaux et recueils judiciaires enregistrent assez fréquemment des actions en responsabilité intentées pour cette cause par des nourrices soit contre les parents du nourrisson, soit contre l'intermédiaire, Assistance publique ou médecin, qui s'était chargé du placement du nourrisson. Mais ils ne révèlent que très peu d'actions du même genre fondées sur la communication directe de la syphilis par relations sexuelles. Comment cela s'explique-t-il ? Ce n'est assurément pas que la matière manque aux procès : les médecins savent mieux que personne combien sont fréquents les cas de communication de syphilis, donc les cas de préjudice causé à autrui. Or, d'ordinaire, la victime d'un préjudice se croit aisément en droit d'obtenir la réparation, et n'hésite pas, dans ce but, à poursuivre l'auteur devant les tribunaux. Mais c'est qu'ici, il ne s'agit pas de cas ordinaires. Dans les procès ordinaires, le plaideur, le demandeur surtout ne court, le plus souvent, que des risques pécuniaires : s'il vient à perdre son procès, il n'en résultera pour lui que plaie d'argent, qui n'est pas mortelle et peut plus ou moins facilement et promptement se réparer. Tout autres sont les risques auxquels s'expose le demandeur en indemnité pour contamination par une maladie dite honteuse. Ce qu'il a à craindre, ce n'est pas seulement un accroc à sa bourse, c'est aussi un accroc à sa considération, à sa position dans le monde, dans la société. Et, par surcroît, il doit se dire que cet accroc est inévitable, qu'il n'y échappera pas, même s'il gagne son procès.

Que faut-il, en effet, — à supposer même qu'il ait une confiance absolue et absolument justifiée dans le succès de sa prétention, — pour qu'il en obtienne la consécration par les tribunaux ? La remarque en a été faite judicieusement par M. Thibierge, dans son récent ouvrage *Syphilis et déontologie ;* il faut qu'une citation directe, à la partie lésée, saisisse le tribunal. « Il faut donc que le sujet contaminé, — ou son représentant légal, s'il est en état de minorité ou d'incapacité légale, — assigne le sujet contaminant ou son représentant légal, ce qui revient à dire que le demandeur déclare et offre de prouver qu'il est atteint de syphilis et demande à la justice de constater qu'il est syphilitique ». Et pour arriver à quoi ? « Le demandeur risque, si le tribunal lui donne tort, de ne pas obtenir la condamnation de son adversaire et les dommages-intérêts qu'il réclame, mais ce qu'il est sûr de trouver dans le jugement, c'est un certificat authentique de syphilis, agrémenté de considérants appropriés, sans compter que la publicité de

pareils débats, autorisée par la loi, assure la divulgation de sa maladie ». Ajoutons qu'en cas de perte de son procès, il ne s'expose pas seulement à ne pas obtenir les dommages-intérêts qu'il réclamait, mais bien aussi à voir prononcer contre lui une condamnation à des dommages intérêts au profit de son adversaire, lequel se porterait demandeur reconventionnel en indemnité pour poursuite téméraire.

Quiconque veut faire valoir en justice une prétention doit d'abord ne pas oublier que c'est à lui qu'incombe la charge de prouver le bien-fondé de cette prétention. C'est donc au sujet contaminé qu'il appartiendra de prouver qu'il a été contaminé par telle personne et qu'il n'a pu l'être que par cette personne. Cette preuve sera-t-elle toujours facile ? Et pourtant, s'il ne la fournit pas, il s'expose, d'une part, à être débouté de sa demande, avec dépens et frais, d'autre part, à être condamné lui-même à des dommages-intérêts envers la personne qu'il avait injustement soupçonnée et témérairement poursuivie. Première considération de nature à empêcher le recours aux tribunaux.

Mais cette preuve ne suffit pas encore pour assurer le succès de l'action en responsabilité, il faut de plus la preuve d'une faute reprochable à l'auteur du préjudice, nouvelle difficulté, nouvelle raison d'hésiter. Les tribunaux n'admettent la communication d'une maladie vénérienne par le mari à sa femme comme cause de séparation de corps ou de divorce, que s'il est établi que le mari a sciemment communiqué cette maladie, c'est-à-dire, que s'il connaissait la nature de la maladie dont il était atteint, et s'il s'est marié sans s'être assuré au préalable qu'il était complètement guéri. Paris, 12 août 1895 (*Sirey*, 95, II, 312). De même, et *a fortiori*, pour la communication de la syphilis entre personnes non mariées ensemble. Le sujet contaminé ne peut invoquer l'art. 1382 du Code civil, qu'à la condition de prouver la *faute* du sujet contaminant, et, pour cela, il devra prouver que ce dernier a commis une négligence, une imprudence coupables en sollicitant des relations sexuelles ou en ne s'y refusant pas à celles qui lui étaient demandées. Ce qui suppose la preuve que le sujet contaminant n'avait pu ne pas se méprendre sur l'existence et la nature du mal dont il était atteint, ainsi que sur les conséquences qui pouvaient en résulter pour autrui. Ce qui suppose... bien d'autres preuves encore, suivant les circonstances de chaque espèce, car rien n'est plus vague, rien n'est plus élastique, que la notion de *faute*, au sens de l'art. 1382 du Code civil.

Et puis, enfin, puisqu'il s'agit d'une maladie *honteuse* pour chacun des intéressés, chacun, avant d'intenter une action en justice ou de résister à l'action dont il est menacé, réfléchira aux conséquences inévitables ou même simplement possibles de cette action.

C'est surtout à propos d'actions de ce genre que le vieux proverbe a raison de dire qu' « un mauvais accommodement vaut mieux qu'un bon procès. » Chacun des adversaires le comprendra.

Le demandeur n'engagera la lutte judiciaire qu'à bon escient, après avoir mis en balance les avantages pécuniaires et les inconvénients tant moraux que pécuniaires qui peuvent en résulter pour lui. Fut-il même sûr d'obtenir une condamnation, il n'ira de l'avant qu'autant qu'il sera également sûr de pouvoir faire exécuter la condamnation obtenue, par conséquent, qu'autant qu'il aura en face de lui un adversaire possédant au soleil des biens susceptibles de saisie. Et, dans les pourparlers préliminaires à l'instance, il se montrera d'autant moins exigeant, d'autant plus accommodant qu'il tiendra davantage à ne pas divulguer sa maladie, et que l'issue du procès lui paraîtra plus aléatoire.

Quant à la partie défenderesse, de deux choses l'une, ou bien, elle rentre dans la catégorie de ces gens dont on dit qu' « ils n'ont rien à perdre », et alors pourquoi la poursuivre ? Ou bien, elle présente une certaine « surface », soit par sa position sociale, soit par sa fortune, et alors c'est elle qui, par crainte du qu'en dira-t-on ; par crainte du chantage peut-être, d'un chantage cotoyant, sans les franchir, les limites du Code pénal, cédera devant la menace de poursuites judiciaires, et préférera abandonner un lambeau de sa fortune plutôt qu'un lambeau de son honneur et de sa considération !

Voilà quelques-unes des raisons (ce ne sont assurément pas les seules) qui peuvent expliquer la rareté des actions portées de ce chef, devant les tribunaux. Du reste, si la publicité des débats et du jugement est de règle en ces matières, il faut dire que les parties feront tout ce qui est en leur pouvoir afin d'éviter l'extension de la publicité en dehors du prétoire. Aussi n'est-il pas téméraire de supposer que bien des jugements sont rendus sur des questions de ce genre, qui ne sont pas recueillis et publiés par les journaux judiciaires, et qui, par suite, ne sont pas portés à la connaissance du public. Aucun des adversaires n'a intérêt à une divulgation de ce genre : ce n'est point à l'occasion de pareils *accidents* que la victime peut espérer, — la justice eût-elle fait triompher sa cause, — apitoyer le public. Et, quant aux tiers, leur droit de publier semblables jugements n'est pas absolu, les tiers eux-mêmes s'exposeraient, dans certaines circonstances, à se voir reprocher un abus dans l'exercice de leur droit, abus qui ouvrirait contre eux une action en responsabilité fondée toujours sur le même art. 1382 du Code civil.

Quoi qu'il en soit, quelques décisions judiciaires ont reçu une certaine publicité. La *Gazette des Hôpitaux* du 14 février 1903 cite un jugement récent dans lequel le tribunal civil de la Seine a reconnu la responsabilité civile d'un individu qui, se sachant atteint de la vérole, l'avait communiquée par relations sexuelles, ce pourquoi l'auteur du préjudice fut condamné à 12.000 fr. de dommages-intérêts envers la victime. Elle rappelle aussi un jugement du tribunal civil de Compiègne, en date du 25 avril 1894 (*Le Droit* des 14 et 16 mai 1894), à la contamination d'une femme par son mari : après avoir prononcé le divorce entre les époux, le tribunal condamna le

mari à servir à sa femme une pension de 4.000 francs comme dommages-intérêts.

Cette seconde « espèce » n'était pas nouvelle en jurisprudence. Dans un jugement du 23 mars 1881, le tribunal civil de Bordeaux avait déjà condamné un mari, séparé de corps, depuis 1862, à payer à sa femme une pension : « attendu qu'il est constant que, depuis plus de dix ans, la santé de la dame D..., gravement altérée, nécessite des soins continuels, entraîne des dépenses considérables et la rend incapable de se livrer à un travail assidu ; que la responsabilité de cette situation douloureuse retombe sur le mari, puisqu'il résulte du jugement de séparation de corps, qu'il aurait communiqué à sa femme, dans les premiers jours du mariage, une maladie honteuse qui paraît avoir pour toujours ruiné sa santé ». — Plus tard, le mari s'avisa de faire convertir la séparation de corps en divorce, à la suite de quoi, prétendant que le devoir d'assistance mutuelle entre mari et femme ne peut survivre au divorce et à la rupture complète du lien conjugal, il demande à être déchargé du paiement de la pension à laquelle il avait été condamné. Le tribunal de Bordeaux fit droit à sa demande. Mais la Cour de Bordeaux, par arrêt du 11 mars 1892, repoussa sa prétention, attendu que cette pension avait le caractère d'une réparation accordée pour le grave préjudice matériel et moral que la femme avait souffert, la maladie qui lui avait été communiquée par son ex-mari ayant compromis ses moyens d'existence et l'ayant notamment forcée de vendre le magasin qu'elle avait un moment exploité. — Et le pourvoi formé contre cet arrêt fut repoussé par la Cour de cassation, le 3 janvier 1893 (*Dallioz*, 93, 2, 126 ; *Sirey*, 93, 2, 225). La Cour suprême constate que la pension en question n'était point une pension alimentaire fondée sur l'article 212 du Code civil, c'est-à-dire sur le devoir d'assistance mutuelle des époux, devoir qui, en effet, prend fin avec le mariage. C'était une indemnité fondée sur la responsabilité encourue par le mari du fait d'avoir sciemment communiqué à sa femme une maladie honteuse, indemnité accordée en vertu de l'article 301 du Code civil, « lequel est une application générale de l'article 1381, qui oblige à la réparation de toute faute. »

Voilà donc, proclamé par la Cour de cassation, le principe de la responsabilité civile dans le cas de communication de la syphilis par relations sexuelles, responsabilité se traduisant par des dommages-intérêts. Il n'y a pas de raison, semble-t-il, pour que le principe admis entre mari et femme ne soit pas reconnu applicable entre personnes n'étant pas mariées. Dès qu'il y a faute, il y a responsabilité. Et même, il n'est pas nécessaire qu'il y ait faute caractérisée, il suffit qu'il y ait abus d'un droit. Exemple, dans un arrêt par lequel la cour de Poitiers a déclaré coupable d'excès et de sévices sur la personne de sa femme, un mari qui lui avait imposé, sans ménagements aucuns, des rapprochements qui avaient déterminé chez elle une métrite très violente, Poitiers, 3 décembre 1894 (*Dalloz*,95, II, 64).Mais s'il en est ainsi pour le préjudice causé par l'abus, entre mari et femme, d'un droit, reconnu, protégé, sanctionné même par la loi, *a fortiori* ne peut-il en être autrement pour le préjudice résultant de l'abus, entre personnes non mariées, d'une faculté que la loi *tolère*, mais qu'elle ne protège pas.

Et le principe de cette responsabilité, nous le considérons comme applicable même dans une hypothèse où, de prime abord, on serait tenté de l'écarter : quand le sujet contaminé est l'une de ces personnes qui, comme disaient les jurisconsultes romains, *corpore palam quaestum faciunt*. Il y a pour elles, sans doute, un risque professionnel. Et ce pourra être une cause de modération dans l'évaluation du préjudice subi. Ce ne serait point un motif suffisant pour écarter leur action en indemnité. Nous ne parlons, du reste, que du principe de l'action, sans nous préoccuper du point de savoir si, dans telle espèce déterminée, quelque obstacle à son succès en justice ne viendrait pas, soit de l'absence de l'une des conditions exigées par l'art. 1382, soit de la difficulté de prouver l'existence de ces conditions.

Aussi bien les questions très spéciales rentrant dans l'ordre d'idées que nous venons d'envisager ne seront-elles, le plus souvent, que des questions de fait, pour la solution desquelles l'appréciation des circonstances de chaque espèce aura une influence prépondérante, et peut-être nous sommes-nous trop longuement étendu sur leur examen. Nous avons songé que, dans ces questions surtout, c'est le médecin qui, avant tout autre, sera consulté ; c'est à lui seul, d'abord, que le mal sera révélé, c'est de lui qu'on implorera le remède corporel et c'est de lui aussi, sans doute, qu'on sollicitera, avant tout recours à l'avocat, un conseil sur l'opportunité et les chances d'une action en justice. Nous voudrions que les lignes qui précèdent pussent lui faciliter l'accomplissement du rôle de conseiller juridique qu'on lui demandera de remplir. Que ce soit là notre excuse de les avoir écrites. J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le concours pour deux places de **médecin suppléant des hôpitaux d'Amiens** s'est terminé le 10 mars par la nomination de MM. les docteurs HAUTEFEUILLE et BAILEY. Nous adressons nos meilleures félicitations au docteur HAUTEFEUILLE, ancien élève de notre Faculté, professeur suppléant à l'école d'Amiens.

Notre Carnet

Notre excellent collaborateur le docteur GAUDIER, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils PAUL. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour madame GAUDIER et nos félicitations.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort

de MM. les docteurs BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; PINEAU, de Laon (Aisne).

DELCROIX, de Watten (Nord) ; HENNOCQ, de Sainghin-en-Mélantois (Nord) ; MALAVALLE, de Cambrai (Nord). Nous adressons aux familles de ces confrères, l'expression de nos sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Le secret médical, par le Dr DUPUY, un vol. de 130 pages et 22 tableaux, broché. Librairie scientifique et littéraire, F.R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris (VIe).

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est proposé de mettre à l'ordre du jour les plus importantes questions d'hygiène sociale.

La syphilis fait aujourd'hui un trop grand nombre d'innocentes et d'inconscientes victimes pour qu'il n'y ait pas lieu d'examiner sans cesse quels freins la société peut opposer à ses ravages.

On parle de croisade sanitaire, on se ligue contre la tuberculose, l'alcoolisme, etc. ; et les protagonistes de tant de belles œuvres sont les premiers à professer le mutisme le plus absolu à l'égard des clients avariés.

Sous l'empire de cette doctrine, la jeunesse bourgeoise s'amuse et se contamine pour plus tard empoisonner des épouses, léguer des traces incurables à des descendances vicieuses, pendant que les pontifes montrent d'un air grave le désolant phénomène de la dépopulation.

OUVRAGES REÇUS

— **Modifications histologiques du pancréas chez le cobaye après exclusion partielle,** par A. GONTIER DE LA ROCHE, extrait de la *Bibliographie anatomique*.

— **Le dogme du secret médical, essai de réfutation; étude de médecine légale, d'hygiène sociale et de morale professionnel,** par le docteur J. Th. DUPUY, Paris, *Société d'éditions scientifiques et littéraires*, 1903.

— **Traitement de l'avortement,** par le docteur Moïse MIRASCHI, Paris, *Société d'éditions scientifiques et littéraires*, 1903.

— **Bulletin annuelle de l'office sanitaire municipal de la ville de Lille, pour l'année 1901,** par le docteur STAES-BRAME, Lille, Lefebvre-Ducrocq, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille
11e SEMAINE, DU 8 AU 14 MARS 1903.

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	5
3 mois à un an	9	3
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	4	1
5 à 10 ans	3	2
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	10	6
40 à 60 ans	4	3
60 à 80 ans	12	7
80 ans et au-dessus	2	3
Total	56	33

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	»	3	»	»	1	»	»	5	12	9
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	1	»	2	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	11	22
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	4	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	9	33
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	6	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	1	»	»	»	»	»	1	1	3	»	1	»	»	3	»	1	»	»	»	4	15	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	3	»	1	»	»	»	4	11	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2	1	»	»	»	»	1	6	6
Fives, 24,191 hab.	1	1	»	»	»	2	»	»	1	»	1	»	»	3	1	»	»	»	»	4	14	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7
Total	3	1	»	»	»	2	2	3	16	6	6	»	»	17	2	2	1	»	»	28	89	133

124. Septième Année. N° 13. Le Numéro : 10 centimes. 29 Mars 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance

par M. le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé à l'Université de Lille, et le docteur **Brassart**, ancien interne des hôpitaux.

A chaque pas de son existence le médecin d'enfants se trouve en face soit du tableau symptomatique complet ou esquissé de la méningite, soit d'un des signes primordiaux de cette terrible affection ; à chaque instant les familles sont hantées par la terreur de ce mal qui, à leurs yeux, ne pardonne jamais. Il nous faut souvent les rassurer, alors que, nous-mêmes, nous partageons une partie de leurs appréhensions. C'est que pas un diagnostic n'est plus difficile que ce diagnostic de méningite, et surtout nous ne pouvons jamais affirmer, au début, comment vont évoluer les accidents d'origine cérébrale. Depuis quelques années la ponction lombaire, entrée dans la pratique, nous permet dans beaucoup de circonstances d'éclairer nos idées ; mais, il faut bien le dire, ce n'est pas un procédé à la portée de tous, et beaucoup de familles en refusent l'emploi. De sorte que dans nombre de circonstances il nous faut encore avoir recours aux anciens signes cliniques et chercher à en retirer les indications les plus précises pour asseoir notre diagnostic et notre pronostic.

C'est souvent au cours des infections gastro-intestinales, au cours des entérites aiguës ou chroniques que l'on voit se dérouler ces tableaux cliniques si impressionnants. Il importe au plus haut point aussi bien pour le pronostic que pour la thérapeutique de faire un diagnostic rapide et précis ; la vie du malade peut dépendre de la promptitude de la décision et d'une intervention opportune et rationnelle. Il nous a donc semblé intéressant de rapporter ici les cas les plus typiques entre ceux assez nombreux qu'il nous a été donné d'observer. Nous chercherons à en dégager surtout les éléments du diagnostic et du pronostic ; il en découlera fatalement des notions thérapeutiques appropriées.

C'est surtout depuis 1893, époque à laquelle QUINCKE pratiqua pour la première fois la ponction lombaire, que l'on eut la preuve absolue qu'à côté des méningites purulentes classiques il existait des cas où l'inflammation n'aboutissait qu'à la formation de simples exsudations séreuses ; les symptômes pouvaient être dus à une irritation méningée, voire même à une congestion banale.

Au Congrès de Paris de 1900, le professeur LUIGI CONCETTI a démontré combien sont communes, au

cours des infections gastro-intestinales, les manifestations méningées, soit que d'après lui, il s'agisse de méningites bactériennes ou de méningites non microbiennes causées alors par l'action des toxines. Il a pu chez un certain nombre de malades déceler le bactérium coli commune, mais il pense avec juste raison, que si on avait toujours la possibilité de rechercher ce microbe et si on le faisait avec un très grand soin on le rencontrerait bien plus fréquemment.

MARFAN (1), avant l'auteur italien, avait à plusieurs reprises montré la possibilité de l'apparition d'hydrocéphalie à la suite des infections gastro-intestinales.

D'ailleurs RILLIET et BARTHEZ avaient écrit déjà qu'il leur était assez souvent arrivé d'observer des convulsions et des phénomènes méningitiques au cours des gastro-entérites aiguës.

Dans un article récent publié en avril 1902 (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*), M. le professeur HUTINEL soutient magistralement, avec son talent habituel, qu'il existe assez souvent chez l'enfant des irritations méningées d'origine infectieuse, n'allant pas jusqu'à la suppuration, restant même parfois limitées à la simple congestion, mais constituant en somme des degrés divers et plus ou moins accentués d'une véritable méningite. L'agent irritant sera ou la toxine ou le microbe lui-même, peu importe ; mais ce qu'il faut bien retenir c'est que « les réactions éveillées par les agents irritants peuvent se montrer à tous les degrés, depuis la fluxion passagère jusqu'à la suppuration. Entre ces deux extrêmes, il existe une foule d'intermédiaires qui constituent les anneaux d'une chaîne non interrompue. » (HUTINEL).

Nous signalerons également la thèse de MULLE, inspirée par GUINON (Paris 1901), où les accidents méningitiques d'origine intestinale sont étudiés, sans toutefois que l'auteur nous montre bien clairement le lien étroit qui unit toutes ces manifestations diverses. A notre avis, et nous sommes heureux de nous appuyer ici derrière la haute autorité de M. HUTINEL, toutes les formes variées de manifestations méningées de l'infection gastro intestinale ne sont que la résultante d'une seule et même cause : le poison chimique, ou l'agent bactérien, allant porter son action sur les centres nerveux.

Ceux-ci — plus ou moins intoxiqués — réagissent de manières différentes avec plus ou moins d'intensité, et ainsi s'explique que nous voyons apparaître, tantôt des convulsions graves laissant à leur suite des lésions indélébiles, tantôt que nous voyons se dérouler devant nous le tableau plus ou moins complet de la véritable méningite, parce que l'irritation plus durable a conduit à l'exsudation et nous avons une méningite séreuse. Enfin, l'exsudat peut devenir purulent et nous avons alors la méningite banale suppurée, encore ici d'origine gastro-intestinale. On observera même des cas où l'irritation ne se limitera pas à la séreuse et atteindra le tissu nerveux lui-même, et nous aurons des encéphalites, des scléroses cérébrales telles que celles que MARFAN a rapportées (voir *loc. citat*).

Si donc nous allons étudier séparément toutes ces diverses manifestations symptomatiques, ce n'est pas que nous considérions qu'on puisse les isoler les unes des autres et leur créer à chacune un cadre spécial, correspondant à une lésion spéciale, bien au contraire, ainsi que nous essaierons de le démontrer au chapitre de la pathogénie, la nature du germe importe peu, l'intensité de la lésion ne correspond pas toujours également à la violence des symptômes; il faut également tenir compte du terrain. Mais il est évident que notre étude gagnera en clarté si nous faisons une analyse minutieuse de tous ces symptômes ; nous essaierons ultérieurement d'en constituer la synthèse.

Tous les médecins d'enfants, il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur ce point, savent qu'il y a des enfants qui, pour une indigestion banale, pour la moindre infection intestinale, font des convulsions, présentent un ensemble de phénomènes méningitiques qui imposent très rapidement l'idée qu'il s'agit véritablement d'une méningite. Chez d'autres, c'est la constipation qui amène ce résultat, et nous avons observé des enfants qui, à l'occasion d'une constipation opiniâtre, étaient pris de phénomènes cérébraux des plus inquiétants. C'est que, comme l'a si justement dit MARFAN, il faut non seulement la graine, mais aussi le terrain. Certains sujets peuvent avoir les entérites les plus graves sans que jamais le système nerveux ne s'en ressente en rien ; d'autres, au contraire, réagissent de ce côté là avec une intensité surprenante. C'est que ces derniers ont un système nerveux sensible de par leur hérédité, et c'est cette sensibilité toute spéciale qui appelle la localisation

(1) MARFAN. — *Soc. Médic. des hôpitaux*, juillet 1896, et *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance*, 1896. — *Semaine médicale*, 1896, p 234.

infectieuse. Il n'y a pas là un effet spécial de la maladie intestinale, pas plus que de tel ou tel microorganisme. C'est la résultante d'un terrain particulièrement bien préparé.

Certes, les accidents méningitiques peuvent s'observer dans la seconde enfance, mais il faut bien le dire c'est surtout chez le nourrisson, et dans les deux premières années de la vie qu'on les observe le plus habituellement.

C'est aussi fréquemment au cours des infections gastro-intestinales *aiguës* que se montrent les symptômes nerveux. Un enfant est pris d'indigestion, il a des convulsions, ou il esquisse une méningite; un autre présente de la diarrhée, du choléra infantile, etc., et dans le cours de sa maladie il est pris de symptômes qui démontrent que les méninges sont envahies. Mais il ne faudrait pas croire que seules ces formes aiguës peuvent s'accompagner de symptômes nerveux.

Nous disions tout-à-l'heure que les constipés peuvent présenter ces symptômes; de même au cours d'une gastro-entérite chronique, à l'occasion d'un écart de régime quelconque, ou d'une aggravation de l'état intestinal, on voit survenir des phenomènes méningés des plus nets; nous en relaterons des exemples. Guinon (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1898) a signalé de ces accidents au cours de poussées aiguës d'entéro-colite; Cautru a également noté des convulsions chez des enfants atteints de colite membraneuse.

La forme clinique la plus commune de ces manifestations méningées est les convulsions classiques ou frustes, généralisées ou partielles, internes ou externes. Plus l'enfant est jeune, plus il a de chances d'avoir des convulsions. Dans la statistique que l'un de nous a communiquée au Congrès de Toulouse (1), nous trouvons, sur 83 cas, 82 au-dessous de deux ans, dont 38 de 0 à six mois. Sur 74 cas, d'Espine (*Rapport au Congrès de Toulouse*, 1902) en relate 64 au-dessous de deux ans. Haushalter (cité par d'Espine), sur 97 cas de convulsions spasmes de la glotte ou tétanie, en note 93 au-dessous de deux ans, dont 38 au-dessous de six mois.

Ce sont les grandes convulsions, ce que l'on appelle les convulsions externes, qui sont les plus fréquentes; les convulsions internes ou spasme de la glotte sont beaucoup plus rares; quant à la tétanie elle est exceptionnelle, du moins dans certains pays. Nous n'en avons observé aucun cas depuis près de huit ans que nous sommes a Lille.

Il nous paraît inutile d'insister ici sur le tableau clinique que présente l'accès convulsif franc ou fruste. Les auteurs ont suffisamment décrit les différentes phases de l'accès pour que nous n'ayons pas à y revenir. Au reste, qu'il s'agisse de convulsions d'origine intestinale ou de convulsions au cours d'une maladie infectieuse quelconque, fièvres éruptives, pneumonie, etc., le tableau clinique ne varie pas, la convulsion est partielle ou généralisée, externe ou interne, mais l évolution de la crise ne dépend en rien, pas plus que son intensité, de la nature des accidents morbides qui l'ont provoquée.

Mais ce qu'il nous importe de bien examiner c'est 1° si ces convulsions ne sont que la traduction d'une méningite plus ou moins accentuée; si elles sont l'indice d'une méningite esquissée, si on veut bien nous passer l'expression, ou d'une méningite franche au début, ou s'il s'agit simplement d'un trouble dynamique dans le fonctionnement du système nerveux. 2° comment les poisons gastro-intestinaux peuvent ainsi amener de tels désordres du côté des centres nerveux.

Y a-t-il une méningite? Voilà la terrible question que la famille va immédiatement nous poser et qu'il va falloir résoudre rapidement non seulement au point de vue thérapeutique mais encore au point de vue pronostique.

Il est évident que dans le début lorsque le tableau clinique est uniquement constitué par la crise convulsive, on ne peut encore affirmer comment vont évoluer les accidents et si tout se limitera à cette crise ou bien si elle n'est que le prélude d'autres symptômes de signification encore plus précise. Mais il est cependant un fait bien démontré et dont nous retrouvons l'affirmation dans différents auteurs et particulièrement chez M. Hutinel. Dans les méningites non suppurées « les convulsions sont plus rares, surtout les convulsions partielles. » (Hutinel. *loc. citat.*). Mais il s'agit ici de bien s'entendre: veut-on dire que dans les cas où l'infection gastro-intestinale va évoluer vers une méningite franche, avec inflammation, puis exsudation séreuse, on n'observe qu'assez rarement des convulsions? Si oui, nous nous rangeons de ce côté. Mais si l'on veut faire de l'apparition de ces con-

(1) Ausset. — Les convulsions (Congrès de Toulouse, 1902, et *Echo Médical du Nord*, 20 avril 1902).

vulsions un signe distinctif pour dire qu'il n'y a pas méningite et que la convulsion (mises à part bien entendu celles observées dans la méningite tuberculeuse) n'est qu'un trouble fonctionnel passager, sans sans lésion aucune, nous ne pouvons souscrire à cette opinion.

Si l'on veut bien considérer l'état général d'un enfant qui vient d'être en proie à une crise convulsive même passagère et non renouvelée, trouvera-t-on dans un trouble fonctionnel fugace de la cellule nerveuse l'explication de l'abattement, quelquefois même du coma qui succède souvent à un seul accès convulsif? On connaît toute la délicatesse et toute la sensibilité de la cellule nerveuse chez l'enfant; peut-on penser qu'une telle excitation parfois si violente puisse exister sans aucune altération de cette cellule, sinon macroscopique, du moins microscopique?

Il est évident que nous ne pouvons donner ici le résultat d'une expérience et d'une observation personnelle, pas plus, à notre avis, que les autres auteurs, soit qu'ils pensent comme nous, soient qu'ils soient d'une opinion opposée, car, ne l'oublions pas, nous ne parlons pour l'instant que des convulsions passagères, plus ou moins intenses et durables, mais qui guérissent complètement.

Il est bien connu aujourd'hui qu'il existe dans l'intestin et dans les matières fécales des poisons convulsivants; et s'il est difficile de dire quelles sont les lésions produites sur les centres nerveux par ces poisons, il existe des faits, aussi bien cliniques qu'expérimentaux, qui démontrent qu'avec des poisons convulsivants quelconques on provoque des lésions matérielles appréciables (phosphore, arsenic, plomb, alcool, etc.). (Papoff, Nissl, Lugaro, Marinesco, etc...) Or, au cours des gastro-entérites, il se fabrique dans le tube intestinal des poisons de toute nature, poisons minéraux et poisons organiques, avec lesquels différents auteurs, entre autres Haushalter et Spillmann, ont pu reproduire des accès convulsifs semblables à ceux obtenus par l'injection des poisons convulsivants que nous citions tout à l'heure. Il nous semble donc tout naturel d'admettre que du moment où dans le premier cas on a constaté des lésions de la cellule nerveuse, elles doivent exister à un degré plus ou moins accentué dans les convulsions liées aux gastro-entérites, la cause étant sensiblement la même dans les deux cas.

D'ailleurs, la ponction lombaire de Quincke vient aujourd'hui éclairer d'un jour tout nouveau la question qui nous préoccupe. Dans un certain nombre de circonstances, chez des enfants présentant des convulsions, on a pu constater soit des microorganismes dans le liquide céphalo-rachidien, soit une polynucléose très accentuée. Quand les convulsions se sont répétées pendant plusieurs jours, on a même pu y trouver de la lymphocytose. Cette lymphocytose ne signifie pas qu'il existe de la méningite tuberculeuse, *car on peut la rencontrer dans toutes les irritations méningées*, elle peut même succéder à la leucocytose polynucléaire qu'on rencontre habituellement dans les méningites bactériennes.

S'agit-il, dans ces cas, où on rencontre de la polynucléose simple, une proportion abondante d'albumine, de la perméabilité méningée à l'iodure de potassium, s'agit-il de méningites bactériennes, alors même que l'on ne rencontre pas de microbes dans le liquide? Evidemment, cela n'est pas forcé; car on sait actuellement que tous ces phénomènes peuvent se manifester rien que par l'action des substances toxiques; il n'est donc pas besoin de faire intervenir le microbe; sa toxine suffit pour amener tous les accidents, et nous pensons bien que tout le monde est d'accord pour admettre que si tel microbe dans une gastro-entérite n'a pas dépassé le tube intestinal pour se rendre dans les centres nerveux, sa toxine en revanche a pu facilement diffuser et aller produire ses effets nocifs au niveau des méninges et des cellules nerveuses.

Est-ce à dire d'autre part que si, à la ponction lombaire, on trouve un liquide tout à fait normal on soit en droit de rejeter absolument l'idée d'une phlegmasie méningée, même légère? Certes non, car si tous les signes que nous avons dit plus haut ont une très grande valeur, leur non constatation n'implique nullement l'absence des lésions qu'ils accompagnent habituellement. Les travaux de L. Concetti et d'autres auteurs ont bien montré qu'on pouvait parfaitement avoir un liquide *incolore* dans un cas d'*hémorrhagie* des centres nerveux. D'autre part, la preuve que la ponction lombaire n'est pas une opération *absolument* inoffensive, c'est que, même chez des individus normaux, l'irritation que produit sa répétition peut faire apparaître des éléments anormaux dans le liquide céphalo-rachidien, il faudra donc ne tenir compte, en général, que des résultats d'une première ponction, le cyto-diagnostic et le

chromo-diagnostic pouvant parfaitement donner des résultats erronés de par cette irritation opératoire.

En résumé, nous pensons donc que les convulsions simples sans symptômes méningés ultérieurs peuvent être dues et sont dues le plus habituellement pour ne pas dire toujours à une irritation, à une phlegmasie méningée, plus ou moins légère ou plus ou moins intense suivant les cas; la preuve en est dans les cas où l'enfant n'ayant eu que des convulsions plus ou moins fréquemment répétées mais sans aucun autre signe de méningite est atteint d'encéphalite, de sclérose cérébrale, d'hydrocéphalie, etc., en un mot, de lésions définitives qui prouvent bien que la convulsion traduisait le début d'un acte anatomo-pathologique grave au niveau des centres nerveux. Or, voilà un symptôme, la convulsion, qui identique à lui-même dans deux cas donnés, variant quelquefois seulement par son intensité ou sa répétition, se terminera chez l'un par la guérison chez l'autre par une sclérose cérébrale ; est-il besoin de constater de visu par le liquide céphalo-rachidien qu'il y a eu irritation méningée pour affirmer l'existence de cette irritation ? Nous ne le croyons pas : et nous pensons qu'il s'est agi ici simplement d'une différence dans la virulence du microbe, dans la puissance de la toxine, en même temps que d'une aptitude différente du terrain.

Faits Cliniques. — Nous voulons relater ici quelques observations personnelles. Il ne nous est pas possible dans ce court mémoire d'exposer tous les cas de convulsions au cours des infections intestinales qu'il nous a été donné d'observer. Nous renvoyons pour plus de détails à la communication de l'un de nous au Congrès de Toulouse de 1902 (*Echo Médical du Nord*, 20 avril 1902). Nous relaterons ici les plus particulièrement typiques.

Observation I (Dr Ausset). — J'ai déjà fait allusion à ce cas dans ma communication au Congrès de Toulouse. Le 15 janvier 1897, j'étais appelé par mon confrère le Dr Demay, de Seclin, pour un enfant de vingt-sept mois, habituellement bien portant, ayant une bonne hygiène alimentaire, qui présentait, depuis deux jours, des phénomènes cérébraux inquiétants. Mon confrère pensait à une méningite et ne me cacha pas ses appréhensions. J'avoue que les incidents qui se déroulaient étaient bien faits pour en imposer l'idée. L'enfant, deux jours auparavant, avait été pris de convulsions, puis était tombé dans le coma. Mais, en examinant attentivement le malade, je trouvai un ventre ballonné, un pouls rapide, une température de 40°2, des pupilles égales se contractant parfaitement à la lumière. Je cherchais partout l'explication des accidents, ne trouvant rien dans aucun organe pour me guider. L'enfant était constipé et n'avait pas été à la selle depuis l'avant-veille ; il n'avait pas vomi. J'interrogeai minutieusement les parents et enfin je finis par apprendre d'une domestique que l'enfant avait dérobé une poche de figues et avait entièrement mangé les fruits qu'elle contenait. J'étais sur la voie du diagnostic ; je fis absorber de force un vomitif, puis prescrivis, pour le lendemain, du calomel et de la scammonée. Le surlendemain, l'enfant était guéri. J'ajouterai que la mère de l'enfant est très nerveuse et que le père est un rhumatisant.

Evidemment ici, il y avait eu indigestion par surcharge alimentaire; outre que les excitations produites sur les voies sensitives centripètes par la distension gastrique avaient bien pu contribuer à faire éclater les phénomènes nerveux, il s'était certainement produit des fermentations gastro-intestinales très abondantes, avec des poisons nocifs que le foie avait été impuissant à retenir et qui, passés dans la circulation, avaient été impressionner les centres nerveux.

Ici, aucun signe de méningite proprement dite, sauf les convulsions et le coma ; mais je suis bien persuadé que l'irritation méningée existait, les phénomènes cliniques nous le démontraient suffisamment.

Observation II (Dr Ausset). — Ici il s'agit d'un cas de convulsions internes, de laryngo-spasme, que j'ai raconté dans mon troisième volume de cliniques sur les maladies de l'enfance, au chapitre des convulsions. Il s'agissait d'un rachitique, atteint de gastro-entérite chronique et qui présenta plusieurs fois ces crises de laryngo-spasme. Ici la convulsion, courte, était suivie d'un abattement et d'une torpeur plus ou moins prolongée qui témoignait que les accidents avaient violemment impressionné les cellules nerveuses, j'ai revu depuis cet enfant pour une grande crise convulsive qui, avec des rémissions, dura près de dix-huit heures. Cette crise se produisit à l'occasion d'une poussée aiguë de sa gastro-entérite chronique, au deuxième jour de cette poussée aiguë; l'enfant avait alors dix-huit mois ; il resta parésié du membre supérieur droit pendant quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre. Comme antécédents je note ici, un père alcoolique et une mère très nerveuse.

Dans ce cas, la phlegmasie méningée est indiscutable de par les phénomènes parétiques passagers qui se montrèrent.

Observation III (Dr Ausset). — H..., Valentine, cinq mois, entre le 9 mars 1900, à la Clinique Infantile de l'hôpital St-Sauveur. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. La veille a été prise de convulsions, et depuis elle est dans le coma. Elle est nourrie au biberon et à la soupe, a de la diarrhée depuis longtemps, tels sont les seuls renseignements que nous avons eus.

A son entrée dans le service toute convulsion a disparu, mais l'enfant est absolument inerte ; elle remue de temps en temps les pieds et les mains ; elle vomit fréquemment et a des selles vertes abondantes. La température est de 38°9. Le pouls est rapide et régulier ; la respiration est normale ; les pupilles sont punctiformes, mais égales : pas de contracture de la nuque. Le signe de KERNIG est des plus manifestes, j'administre un grand lavage intestinal, et en même temps 0 gr. 15 de calomel avec 0 gr. 15 de scammonée. Puis je fais une ponction lombaire et retire vingt centimètres cubes. L'examen du liquide me montra quelques leucocytes polynucléaires, mais je ne puis déceler l'existence d'aucun microbe. Je m'empresse d'ajouter que je n'ai fait ni culture, ni inoculation à l'animal.

Le lendemain l'enfant était encore très abattue, et vomit de temps à autre. Mais elle ouvre les yeux et semble un peu regarder autour d'elle — je prescris trois grands lavages intestinaux ; cinq paquets de calomel de cinq milligrammes chaque, à prendre de trois heures en trois heures ; et quatre bains à 35° à prendre dans les vingt-quatre heures. Diète hydrique.

Le 11, l'enfant est réveillée : la fièvre est tombée. Les selles sont encore verdâtres, mais on y voit du jaune ; puis les jours suivants l'amélioration alla s'accentuant et le 18 mars l'enfant sortait guérie.

Peut-on ici contester le diagnostic de méningite légère, tout au moins de congestion méningée? Les signes cliniques : convulsions, coma, vomissements nous suffiraient ; mais nous avons dans ce cas la polynucléose du liquide céphalo-rachidien qui nous indique bien qu'il existait de l'irritation méningée.

OBSERVATION IV (Dr AUSSET). — Honorine A..., 17 mois, entre le 23 juin 1900, à la Clinique Infantile de l'Hôpital St-Sauveur, pour des vomissements et de la constipation. La mère nous dit que depuis six semaines son enfant est triste et chagrine ; elle se plaint constamment et pousse des cris dès qu'on la touche ; le front est toujours plissé, les sourcils rapprochés, il semble qu'il y a de la céphalalgie. L'enfant est constipée et depuis deux jours vomit tout ce qu'on lui donne ; la mère nous dit que le bébé a beaucoup maigri et qu'elle ne mange plus. La veille, elle aurait eu plusieurs crises convulsives. Le matin de l'entrée, la température rectale est de 36°8, le soir, elle est de 39°4. Le pouls est à 120, régulier. Respiration normale. Pâleurs et rougeurs alternatives de la face. Ventre déprimé ; raie méningitique. Pupilles normales ; légère raideur de la nuque. Le signe de KERNIG est nettement constaté.

J'annonce aux élèves que nous sommes en présence d'une méningite tuberculeuse et je pratique une ponction lombaire. Le liquide sort par un jet très puissant, ce qui nous confirme encore dans notre diagnostic ; on en retire 30 cc. : liquide très albumineux, légèrement louche, contenant de nombreux leucocytes polynucléaires ; pas de lymphocytes. L'examen microscopique nous montre quelques éléments microbiens ressemblant à du streptocoque, mais la culture et l'inoculation n'ayant pas été faites, nous ne pouvons ici être absolument affirmatifs.

En face de cet examen du liquide, nous abandonnons l'idée de la méningite tuberculeuse et nous pensons à une irritation méningée d'origine intestinale, produite vraisemblablement par les toxines et les microbes du tube digestif chez une enfant habituellement constipée, atteinte d'ailleurs d'entérocolite membraneuse. La mère, interrogée en effet minutieusement le lendemain, nous apprend que son enfant a souvent, à la suite de périodes de constipation, des débâcles intestinales, dans lesquelles on trouve des glaires, des membranes, de la mousse abondante et quelquefois du sang.

A la suite d'un traitement approprié : dérivation intestinale, bains chauds, glace sur la tête, tout rentra rapidement dans l'ordre et quatre jours après, le 27 juin, l'enfant sortait guérie.

Notons, en terminant, que la mère présente des stigmates indéniables d'hystérie.

OBSERVATION V (Dr AUSSET). — Il s'agit ici d'un cas tellement intéressant, qu'il vaut la peine d'être rapporté très en détails. Yvonne O..., née le 28 août 1901, pesant 3 kil. 165, très bien constituée. Le père, ancien officier de marine, est atteint de tuberculose pulmonaire. Cette enfant fut nourrie d'une façon assez régulière dès le début, par des nourrices mercenaires qui se succédèrent. Vers l'âge de sept mois, les selles, très souvent grumeleuses déjà, deviennent glaireuses, parfois vertes. Le médecin de Mouthiers (Charente), où habitent les parents, conseille d'ajouter des bouillies et des panades au lait de la nourrice.

En juillet 1902, l'enfant, qui avait alors dix mois, est vue par le médecin d'un ami de la famille qui conseille de changer de nourrice ; après un essai infructueux, on prend le lait de vache stérilisé, mais vers la fin de juillet, on revient aux bouillies. A ce moment survient une petite bronchite rapidement guérie.

Pendant tous ces troubles intestinaux l'enfant avait beaucoup maigri, et le 5 août 1902, elle ne pesait que 7 kg. 370 gr : elle avait un peu plus de 11 mois. Malgré cela l'enfant est restée gaie, elle joue, a l'intelligence très éveillée et commence à dire papa. Elle est toutefois très nerveuse et très peureuse.

Le 12 août, au matin, l'enfant était grognon et avait la fièvre ; on mit cela sur le compte de la dentition. Vers 3 heures de l'après-midi elle sortit avec sa bonne et fut prise dehors d'une crise convulsive, la grande crise classique d'éclampsie. Quand on la ramena chez elle, les globes oculaires étaient animés de secousses, la bouche tordue, le teint très pâle et le corps animé de soubresauts. En l'absence de médecin, qui habite à 5 kilomètres de là, on administra de l'ipéca et on fit respirer de l'éther. A 6 heures 1/2 du soir, le docteur L.... arrive, prescrit de la glace sur la tête, une potion au bromure de sodium et diagnostique une méningite tuberculeuse.

La crise dura jusqu'à minuit. Le médecin qui la

revoit trouve 39° comme température ; il conseille de l'antipyrine et fait mettre l'enfant au sein. A deux heures, nouvelle convulsion plus intense encore que la première, et l'enfant pousse des cris perçants à à intervalles presque réguliers.

Le 13, jusqu'à onze heures du matin, cet état persiste en s'aggravant de plus en plus : les yeux sont vitreux, l'enfant ne reconnaît plus, les réflexes oculaires sont abolis. Le docteur L... prescrit deux sangsues derrière les oreilles et déclare que dans quelques heures l'enfant sera morte.

Tous ces renseignements m'ont été fournis par la famille, puis, par écrit, par le père, très intelligent et très observateur, trop observateur même et d'un nervosisme très accentué.

C'est alors qu'on vient me demander d'aller voir l'enfant. J'étais à deux kilomètres de là en villégiature, et l'on vient me prier de me rendre près de cette fillette qui, atteinte de méningite tuberculeuse, me disait-on, allait mourir. Devant l'urgence du cas et le désespoir de la famille, je m'y rendis demandant à mon confrère un rendez-vous pour le soir (je répète que ce confrère habitait à cinq kilomètres de là).

Je trouve un enfant, avec 38°8, en pleine crise convulsive, ayant des selles vertes fréquentes, le ventre ballonné, le pouls rapide, incomptable, imperceptible même ; les pupilles punctiformes. Je fais préparer deux litres d'eau bouillie et j'administre moi-même avec une sonde de Nélaton un lavage intestinal avec cette eau. Il sort une quantité considérable de matières très glaireuses et d'une odeur infecte. Puis je donne un bain à 30° et à la sortie du bain je prescris : drap mouillé à changer toutes les 2 heures et un lavement d'assa fœtida. Diète absolue.

Le soir à 5 heures je revois le bébé avec le docteur Gaillard, habitant Le Marchais et le Dr L... le médecin traitant. L'avis du Dr Gaillard et le mien est que nous sommes en présence d'accidents méningés d'origine gastro-intestinale, le Dr L.. ., persiste à croire à une méningite tuberculeuse. Nous prescrivons la continuation du drap mouillé et la diète absolue ; l'enfant prendra seulement de temps en temps de l'eau. Je fais un nouveau lavage intestinal.

Le 14 août la température est de 36°. Les convulsions ont cessé, mais l'enfant est très abattue. Lavages intestinaux, bains tiède. Eau comme boisson. Le soir la température est de 38°2. Le signe de Kernig existe.

15 août. — Nuit calme, mais toujours grande torpeur. Dans l'après-midi la fièvre atteint 39°. Le lavage intestinal ramène en abondance encore des matières glaireuses verdâtres extraordinairement fétides.

16 août. — Dans la nuit du 15 au 16 la température est encore montée ; le matin les globes oculaires sont animés de mouvements saccadés, la paupière supérieure droite est de 39° 9, les membres sont raides et animés de petits mouvements convulsifs. On donne un lavement à l'assa fœtida. J'arrive alors juste au moment où éclate une crise convulsive d'une extrême violence. Je mets l'enfant dans un bain à 25° ; puis je fais inhaler du chloroforme, malgré cela la convulsion persiste, l'enfant reste en *tonisme* continue avec par intervalles de petits mouvements cloniques et des grimaces constantes de la figure ; dans la soirée l'état est très grave ; je mets la malade dans un drap mouillé à 12°, à renouveler toutes les heures. Quand la première fois on la met dans cette eau froide il ne se manifeste aucune réaction. Vers minuit, se montre deux crises sucessives de spasme glottique, l'enfant est sur le point d'étouffer. Elle est prise alors de vomissements et rejette en même temps des selles liquides vertes extrêmement fétides.

Le pouls est imperceptible et je juge que la situation va se dénouer rapidement par la mort.

Le 17 il n'y a plus de convulsion ; mais les membres sont encore raides. Bains à 32° et lavages intestinaux.

Le 18 même état général. *Le nez est rouge luisant ; il existe un bourrelet* autour de la zone rouge tout à fait semblable au bourrelet érysipèlateux, la température est de 39°.

Le 19, la rougeur a envahi le front et les joues, avec bourrelet caractéristique : c'est bien un érysipèle de la face qui vient compliquer la scène. Injection de sérum de Marmorek (10 cent. cubes).

Le 20 l'état général reste le même. Toujours diarrhée fétide. Les convulsions ont complètement disparu, mais l'enfant ne reconnaît personne ; le côté gauche du corps semble inerte. La température oscille aux environs de 40°. L'érysipèle a envahi toute la face. Deuxième injection de Marmorek.

Le 23, l'érysipèle est guéri ; la face et le front desquament. La température est de 39°. La diarrhée a diminué, mais persiste toujours très fétide. — Calomel.

Je n'insiste plus sur les détails qui suivent : peu à peu l'enfant se remit, la diarrhée disparut ; mais le bébé fut très long à reconnaître son entourage. Quand je quittai le pays, le 31 août, pour rentrer à Lille, tout est revenu dans l'ordre ; il ne reste qu'une enfant triste, ne riant jamais, ne gazouillant plus, mais tétant avec appétit et ayant de belles selles normales. L'intelligence semblait obnubilée et j'avoue que je ne la quittais pas sans de craintes très vives pour l'avenir.

Depuis j'ai reçu de ses nouvelles, le père m'a écrit plusieurs fois et aujourd'hui son enfant se porte à merveille, recommence à parler, il ne reste plus rien de cette crise terrible (1).

Il est évident qu'ici nous avons eu affaire à une véritable méningite, mais à une méningite aiguë qui s'est arrêtée avant le stade de suppuration, et qui a dû aller jusqu'à l'exsudation séreuse ; les paralysies, ou plutôt les parésies transitoires du côté des membres gauches semblent nous le prouver. Nous n'avons pas fait de ponction lombaire pour deux raisons : d'abord, nous n'étions pas outillés pour cela, étant à la cam-

(1) J'ai revu la fillette en janvier dernier, à Angoulême ; elle se porte très bien.

pagne, éloignés de tout, et puis, nous n'aurions pu faire l'examen du liquide.

Malgré cela, je crois que l'érysipèle qui se manifesta à la fin des accidents convulsifs, six jours après le début de la maladie, met bien sa signature sur la nature streptococcique des accidents. Cette fillette a fait une entérite à streptocoques, puis une méningite à streptocoques, puis une érysipèle de la face. Voilà la filiation des accidents.

M. HUTINEL (*Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1902, p. 159), dit avoir vu plusieurs cas de ces méningites incomplètes, à streptocoques, arrêtées pour ainsi dire dans leur marche vers la suppuration. Il en cite trois observations, terminées toutes les trois par la mort ; l'autopsie montra qu'il s'agissait de méningites simplement séreuses : on trouva dans l'exsudat des streptocoques à l'état de pureté. Heureusement pour notre malade nous n'avons pas cette constatation pour appuyer notre diagnostic, mais l'érysipèle final nous semble trancher la question et enlever toute espèce de doutes.

Les faits que nous avons rapportés nous semblent suffisamment démonstratifs pour qu'il ne soit pas besoin de relater ici tous les cas de convulsions que nous avons pu observer. Nous pensons qu'ils démontrent bien que l'infection gastro-intestinale peut aller porter son action sur les centres nerveux et donner naissance à des symptômes ou à un ensemble symptomatique, rappelant de plus ou moins près le tableau clinique de la méningite classique, celle qu'on trouve décrite chez tous les auteurs. Il n'y a pour nous qu'une question de degrès, et nous sommes ici, pour soutenir cette opinion, en bonne compagnie, puisque tel est l'avis de L. CONCETTI et du professeur HUTINEL. Le processus phlegmasique des séreuses cérébrales est ici bien facile à suivre : c'est tout d'abord de la congestion active, plus ou moins intense, sous l'influence du microbe parti de l'intestin ou sous l'action de la toxine vaso-dilatatrice qu'il a élaborée. Cette congestion se traduira, suivant les sujets et suivant le terrain, par des manifestations symptomatiques différentes : chez l'un, ce sera la crise convulsive qui ouvrira la scène; chez une autre, ce sera le tableau clinique de la méningite qui se déroulera progressivement devant nos yeux avec toutes ses phases.

Vient-on à vaincre cette congestion ? Le terrain est-il peu propice à l'infection envahissante ou bien le microbe perd-il rapidement sa virulence dans le mauvais milieu qu'est le liquide céphalo-rachidien, comme le prétendent CONCETTI et MYA, tout ne tarde pas à rentrer dans l'ordre. Si, au contraire, la phlegmasie poursuit sa marche, l'exsudation séreuse ne tarde pas à se manifester, se traduisant anatomiquement par une augmentation et une modification du liquide céphalo-rachidien. Au point de vue classique, la méningite est alors très nettement constituée. Ici encore elle peut guérir, si on enraie le processus avant que se produise la transformation purulente du liquide exsudé.

Lorsqu'il s'agit de phénomènes méningitiques aussi passagers que ceux qui ne se traduisent seulement que par une ou quelques crises convulsives, il est assez rare que l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien des éléments de nature à démontrer la phlegmasie des séreuses. Nous avons dit plus haut que cette non-constatation n'avait aucune importance, car il y avait des cas où des méningites nettement constatées à l'autopsie avaient fourni un liquide absolument clair et exempt d'éléments figurés. Mais on nous concédera bien que du moment où des faits cliniques en tout semblables donnent les uns un liquide clair et privé de toute polynucléose et de tout germe, les autres un liquide contenant ces éléments, on peut bien assimiler les deux cas au point de vue anatomique, d'autant que, comme nous venons de le dire, ce liquide céphalo-rachidien normal se rencontre parfois dans les cas *où la méningite est démontrée par l'autopsie.*

Aussi pensons-nous qu'il faut absolument mettre de côté cette division un peu schématique en méningites séreuses non bactériennes et en méningites bactériennes. Certes, si l'on trouve dans le liquide céphalo-rachidien des éléments bactériens et autres permettant de mettre en cause tel ou tel élément pathogène, la valeur de cette observation est indiscutable ; mais nous n'avons pas le droit de nier l'infection, si nous trouvons une absence totale de germes. Comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois le liquide céphalo-rachidien est un mauvais milieu de culture ; les microbes y vivent mal et ne tardent pas à disparaître.

Nous nous contenterons donc d'étudier les méningites séreuses, en général, d'origine gastro-intestinale, sans nous préoccuper de les classer de tel ou tel côté, sans nous préoccuper d'en faire une méningite bactérienne ou non bactérienne.

Mais auparavant il est un point sur lequel nous désirons nous appesantir quelques instants; nous voulons dire ce que nous pensons des faits classés encore aujourd'hui par nombre d'auteurs sous l'étiquette : *Méningisme*, c'est-à-dire que nous voulons examiner si les faits ainsi classés se sont bien réellement déroulés en dehors de toute lésion matérielle et sous l'influence seule d'un trouble fonctionnel momentané des centres nerveux.

Pour M. HUTINEL, le fait n'est pas douteux, ces faits existent. Tel n'est pas l'avis de GUINON et de son élève MULLE qui envisagent plutôt le méningisme comme une méningite atténuée. « Il est peu vraisemblable, disent-ils, que les toxines n'agissent pas d'une façon quelconque sur les méninges, en produisant une congestion tout au moins. Les rares autopsies qu'on a pu pratiquer ont permis de constater le plus souvent quelque lésion des tissus méningo-corticaux. » (in thèse de MULLE, page 29 et 30).

Nous penchons volontiers vers cette opinion et nous allons relater une observation, que certains catalogueront peut-être parmi les cas de méningisme, et que nous croyons pouvoir rattacher aux faits de méningites aiguës atténuées, tels que MULLE en rapporte un exemple dans son observation, n° 111.

OBSERVATION VI (Dr AUSSET). — Le 24 juillet 1902, j'étais appelé à Quesnoy-sur-Deûle par mon confrère le Dr PRUVOST, pour un enfant de neuf ans, se plaignant depuis deux jours, d'une violente céphalalgie ; comme cela s'accompagnait de vomissements et de constipation, on conçoit aisément l'inquiétude qui devait nous étreindre. Mais ce fut bien autre chose, quand examinant l'enfant, je constatai un pouls irrégulier une raie méningitique très accentuée et *le signe de Kernig* tellement marqué que l'enfant poussait de véritables cris quand je cherchais à lui étendre complètement les genoux. Avec cela, peu de fièvre; pendant toute la maladie la température n'a pas dépassé 38°5. Je ne cachais pas mes craintes à la famille, surtout au père, et je proposais de faire une ponction lombaire, expliquant les ressources diagnostiques et, par suite, thérapeutiques que cela pourrait nous fournir. Quoique difficilement, la chose fut accepté ; pour me mettre dans les meilleures conditions possibles d'examen, je priai mon collègue le professeur E. GÉRARD de venir centrifuger et examiner le liquide sur place, en apportant toute son instrumentation : une pièce très bien éclairée permettait d'y faire un examen microspique aussi bien qu'au laboratoire. Je fis la ponction lombaire et retirai environ 15 cent. de liquide. La réponse de M. GÉRARD qui fit un examen extemporané puis, au laboratoire, fut : quelques leucocytes polynucléaires *très rares*, pas de lymphocytose, pas de microbes. Je dois ajouter qu'auprès de mes confrères comme auprès du père, tout en manifestant mes craintes vives vis-à-vis d'une méningite tuberculeuse, j'avais exprimé l'idée que cet enfant, habituellement constipé, à hérédité neuro-arthritique très chargée, pouvait bien faire des accidents d'auto-intoxication, du méningisme (je prononçais le mot) d'origine gastro-intestinale. J'avais prescrit du calomel, de grands lavages intestinaux, une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde et des grands bains chauds. Ce traitement fut continué même après la ponction lombaire, et rapidement tout rentra dans l'ordre ; *le signe de Kernig persista le dernier* et je gardais toujours, à cause de lui, une nuance d'inquiétude malgré la disparition progressive des autres signes. Le 30 juillet, six jours après ma première visite, l'enfant se levait et était complètement guéri : Pour compléter cette observation, je noterai que le père est un arthritique et la mère très nerveuse.

C'est bien, il nous semble ici, un de ces cas que les partisans du méningisme auraient catalogué comme tel ; l'enfant n'a pas eu un seul instant le moindre trouble de l'intelligence ; l'état général restait très satisfaisant. Eh bien ! Peut-on raisonnablement, en face de cette légère leucocytose, en face surtout du signe de KERNIG, nier l'irritation méningée, la méningite, atténuée évidemment, puisque en une huitaine, toute la scène s'était déroulée et terminée favorablement ? Il y avait là un terrain très préparé, un enfant très nerveux, issu de nerveux, et qui, pour combler la mesure, venait de faire un séjour à Paris d'une quinzaine de jours, où avec son oncle, il avait visité toutes les attractions de la capitale. Surmenage physique et intellectuel, hérédité, tout cela avait préparé le terrain pour la réception des toxines et même des microbes gastro-intestinaux chez cet enfant atteint de constipation habituelle. Les toxines, peut-être les microbes, ont amené de l'irritation, de la congestion méningée. Cette congestion n'est-elle pas, en somme, le premier degré de toute méningite ?

Mais il est des cas où le processus morbide ne s'arrête pas à la congestion et va jusqu'à l'exsudation ; les phénomènes cliniques se déroulent avec une bien plus grande intensité et font souvent redouter une issue fatale qui, du reste, se produit assez fréquemment. Comme nous l'avons déjà dit, dans ces cas non seulement le terrain est plus favorable, soit de par l'hérédité, soit de par le jeune âge de l'enfance, soit les deux réunis, et aussi le microbe et les toxines sont plus virulentes.

OBSERVATION VII (AUSSET et BRASSART). — P...., Fernande, âgée de 14 mois, nous est conduite, le 18

janvier 1902, à la consultation externe de l'hôpital de la Charité. Depuis quelques jours, l'enfant paraissait souffrir et criait à tout propos ; depuis hier elle a eu une diarrhée très abondante ; elle est très agitée ; la température est de 39° ; le pouls rapide et irrégulier ; le ventre est ballonné et semble douloureux ; la nuque est raide ; il y a de la photophobie ; les pupilles sont égales, mais très contractées ; hyperesthésie très accentuée. Signe de Kernig. Vomissements fréquents sans efforts.

Le 19, la mère nous dit que, la nuit a été très agitée, l'enfant n'a pas cessé de se plaindre ; elle a vomi le calomel que nous lui avions prescrit ; elle vomit même l'eau. Aujourd'hui elle est dans une torpeur complète. Il existe un très léger strabisme ; le signe de Kernig persiste. Diarrhée et vomissements toujours fréquents. Nous pratiquons au laboratoire des cliniques, avec M. le professeur agrégé Deléarde, la ponction lombaire qui ne donne issue qu'à quelques centimètres cubes de liquides, clair, aussitôt centrifugé. L'examen au microscope ne nous décèle aucun microbe, et nous n'avons trouvé ni lymphocytes, ni leucocytes polynucléées. Des ensemencements faits sur gélose et dans du bouillon restèrent stériles.

Le 20, grâce à une nouvelle dose de calomel, aux grands lavages intestinaux, la situation s'est notablement améliorée et le 22 tout phénomène méningitique avait disparu.

Observation VIII (Ausset et Brassart). — F... Jeanne, deux ans et demi, mal nourrie dans sa première enfance, atteinte d'entérite chronique (alternative de diarrhée et de constipation), est amenée le 17 mai 1902, à la consultation des Maladies des Enfants de l'Hôpital de la Charité. La mère nous dit que l'enfant se plaint de la tête depuis quatre jours et qu'elle est constipée ; elle dort presque constamment. Pas de vomissements ; température rectale 38°. Le ventre est gros et tendre. L'enfant couché sur les genoux de sa mère est dans une torpeur complète ; de temps en temps elle fronce la peau du front et pousse un gémissement, ou encore elle passe la main sur sa tête et sur son front comme pour en chasser quelque chose. Les pupilles sont égales, contractées; pas de strabisme, ni contracture, ni paralysie aux membres ; le signe de Kernig est des plus nets.

L'examen des différents organes ne dénote rien de particulier. Le pouls est rapide, mais régulier.

Nous faisons une ponction lombaire et nous retirons 20 centimètres cubes d'un liquide, non pas louche, mais qui évidemment n'a pas la limpidité du liquide céphalo-rachidien normal. L'examen microscopique nous a montré de nombreux leucocytes polynucléaires. Malheureusement nous ne pouvons tenir aucun compte des résultats fournis par l'ensemencement et la culture de ce liquide; nous avons obtenu sur gélose et dans le bouillon une flore microbienne tellement variée que nous ne pouvons douter qu'une faute de technique a été commise et que soit le tube où nous avions reçu notre liquide n'était pas bien stérilisé, soit que les ensemencements aient été faits sans toutes les précautions voulues.

Quoi qu'il en soit, il s'agissait bien ici d'une méningite, non seulement de par les signes cliniques, mais encore de par cette leucocytose anormale constatée dans le liquide extrait.

La mère resta trois jours sans nous ramener la petite malade. Elle revient le 21 mai nous disant qu'à la suite de la ponction lombaire l'enfant s'était réveillée, et était restée telle une partie de la journée ; puis tous les symptômes sont réapparus et aujourd'hui la méningite est encore plus certaine ; les vomissements sont incessants, sans efforts, comme une véritable régurgitation ; il y a du strabisme.

Nous ordonnons à nouveau un purgatif énergique, 0 gr. 25 de calomel, et autant de scammonée, un grand lavage intestinal matin et soir, une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde et des bains chauds toutes les trois heures.

Le 22, la mère nous dit que l'enfant a eu deux selles très abondantes, mais l'état reste très alarmant. Nous proposons une seconde ponction lombaire que la mère refuse.

Quelle n'est pas notre stupéfaction, lorsque le lendemain la mère nous reconduit sa fille qui, quoiqu'encore très faible, est sorti du coma, suit tout ce qu'on lui dit et accepte de prendre du lait sans le le vomir ? Nous pensions à une trêve, car nous avions bien dans l'esprit qu'il s'agissait d'une méningite à pronostic fatal, mais nos craintes ne se justifièrent pas, l'amélioration alla s'accentuant de jour en jour et le 29 l'enfant était totalement guérie.

Observation IX. — Le 7 juillet 1902, j'étais appelé à Lallaing par mes confrères, le Dr Desmoulin, de Douai, et le Dr Houriez, de Lallaing, pour une fillette qui atteinte de troubles gastro-intestinaux, présentait depuis quelques jours des phénomènes cérébraux très inquiétants. Je trouvai l'enfant dans le coma, avec une température de 38°5, du ptosis à gauche, un pouls très faible et irrégulier, une respiration imperceptible, mais régulière, et une diarrhée caractérisée par des selles vertes glaireuses, quelquefois sanglantes et très fétides ; il y avait eu des vomissements au début, mais ils avaient cessé. Pas de convulsions, ni de raideur ou contractures quelconques.

L'enfant atteinte d'entérocolite muco-membraneuse présentait donc brusquement, au cours d'une poussée aiguë de cette entérocolite, des symptômes ménagés des plus graves. Je proposai la ponction lombaire qui ne fut pas acceptée. Malgré un traitement énergique et rationnel (calomel, entéroclyse, injections de sérum artificiel, bains chauds, etc.) l'enfant succombe au bout d'une huitaine de jours, les phénomènes méningés s'étant accentés de plus en plus (ventre en bateau, pauses respiratoires, inégalité pupillaire et signe de Kernig) et sans qu'elle ait jamais repris connaissance.

Je ne pense pas que l'on puisse songer ici à une méningite tuberculeuse, la rapidité du début et le mode d'évolution, le tout jeune âge de l'enfant, nous permettent plutôt de songer à une méningite aiguë et, vu l'apparition concomitante avec l'infection gastro-intestestinale aiguë, à une méningite d'origine intestinale.

(A suivre).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Bulletin annuel de l'Office sanitaire municipal de Lille pour 1901, par le docteur STAES-BRAME, directeur de l'office sanitaire, Lille, 1903.

Le Bulletin annuel de l'Office sanitaire municipal de Lille pour 1901 vient de paraître. Ce volume de 240 pages, bourré de schémas, de plans, de tableaux, de graphiques, est intéressant à plus d'un titre ; l'hygiéniste, le médecin, le statisticien, le météorologiste, l'actuaire trouvent profit à le compulser et à le consulter.

Dans le chapitre intitulé la typhoïde à Lille, en particulier, nous avons relevé avec plaisir quelques lignes, que nous soumettons volontiers à l'appréciation de ceux de nos lecteurs qui connaissent réellement les causes de l'insalubrité de Lille :

« L'Office sanitaire a soumis à l'Administration municipale un projet d'assainissement de la ville de Lille, qui aurait, croyons-nous, le plus heureux effet.

Il consisterait à supprimer les fosses d'aisances fixes, dont le contrôle est si difficile, et qui, toutes, sont défectueuses ; les puits perdus qui existent encore en très grand nombre dans la ville ; enfin, à assurer l'écoulement rapide à l'égout de toutes les eaux ménagères ; pour arriver à ce but, on réaliserait le tout à l'égout.

Les cabinets d'aisances seraient transformés en water-closets ; leur produit, les eaux ménagères et pluviales intérieures seraient envoyées directement dans des égouts à petite section qui seraient établis dans chaque rue.

Pour assurer par une pente suffisante l'éloignement rapide des matières excrémentitielles et autres, la ville serait divisée en un certain nombre de sections et, dans chacune d'elles, les égouts seraient dirigés vers un réservoir central, muni d'un éjecteur automatique qui les enverrait vers une usine centrale d'épuration, d'où les eaux épurées seraient envoyées à la Deûle.

Ce projet, outre qu'il aurait le grand avantage de supprimer complètement la contamination du sol par les fosses d'aisances, les puits perdus, ainsi que par le séjour des eaux ménagères dans les fils d'eau ; qu'il assurerait dans toutes les habitations la propreté des cabinets d'aisances, ferait cesser en même temps l'infection de nos égouts qui sont insuffisants, ne sont pas cimentés, manquent le plus souvent de pente et contribuent, eux aussi, pour une bonne part, à l'infection du sous-sol ; les canaux qui traversent la ville dans tous les sens ne serviraient plus de collecteur, et la Basse-Deûle, en cessant d'être transformée en grand collecteur, redeviendrait une rivière.

La Ville donnerait ainsi satisfaction aux réclamations très justifiées auxquelles elle est en butte de la part de l'Etat et du département, et assurerait l'assainissement de la Deûle en même temps que l'assainissement de son sous-sol.

Ajoutons que la nécessité de l'adduction des eaux de la ville dans toutes les maisons amènerait la consommation des eaux de source et la suppression des puits ; ainsi disparaîtrait une des causes les plus sérieuses de contamination.

Un pareil projet, qui, nous l'espérons, sera accepté par l'Administration municipale, ne manquerait pas de produire les plus heureux effets sur la santé publique.

Quand on voit, sur la courbe de la mortalité par la fièvre typhoïde, les effets de cette simple mesure : l'adduction des eaux potables, on peut être assuré que son adoption ne tarderait pas à faire disparaître complètement cette affection dangereuse, ainsi que cela a été constaté dans un grand nombre de villes d'Angleterre, où de pareils travaux avaient été exécutés.

Ainsi seraient réalisées, pour notre ville, les deux principales indications de l'hygiène publique : adduction d'eaux potables en abondance, évacuation rapide des excreta et des eaux usées de l'agglomération. »

Nous souhaitons ardemment que ce projet, ou tout autre, aboutissant au même résultat, soit un jour prochain adopté ; la salubrité de Lille serait alors réalisée en grande partie.

Dr F. C.

MOTS DE LA FIN

Dans une maison de santé.
— Vous voyez ce pauvre garçon. Bien navrante est son histoire. Il était marié. Sa belle-mère tombe d'un cinquième étage et se tue net. Cinq minutes après, il était fou.
— De joie ?

(*Marseille Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-E. ODOUL, de Chaudesaigues (Cantal), a soutenu, avec succès, le mardi 24 mars 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 123) intitulée : **Contribution à l'étude du lipome du doigt.**

M. J.-E.-H. LUCAS, de Morlaix (Finistère), a soutenu, avec succès, le vendredi 27 mars 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 124) intitulée : **Un cas de kyste latéral du cou développé aux dépens du canal de Bochdalek.**

M. R.-L.-J. CHARLES, externe des hôpitaux, d'Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le samedi 28 mars 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 125) intitulée : **Contribution à l'étude de la simulation des affections oculaires.**

Distinctions Honorifiques

Officiers d'Académie. — M. le docteur CLAROU, du Vigan, est nommé officier d'Académie.

Notre Carnet

M. le docteur BÉAL, de Lille, nous fait part de la naissance

de son fils Gustave. Nous adressons à notre sympathique confrère nos meilleurs souhaits pour Madame **Béal** et pour le nouveau-né.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs **Bontemps**, de Jussey, sénateur de la Haute-Saône ; **Bertignon**, de Monthermé (Meuse) ; **Michaud**, médecin sanitaire maritime ; **Brasseur**, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; **Lagarde**, médecin principal de l'armée en retraite.

OUVRAGES REÇUS

— **Complications rares et graves de l'infection urineuse**, par le docteur R. Felhoen, Paris, Vigot, 1902.

— **Examen des yeux au point de vue médico-légal, accidents du travail**, par le professeur de Lapersonne, Paris, Naud, 1902.

— **De la médication kératinisée** (méthode de Unna de Hambourg modifiée) **ou enrobage spécial de pilules médicamenteuses dans le but d'obtenir la mise en liberté du médicament dans l'intestin et non de l'estomac**. Mâcon, Protat, 1902.

Tuberculose et mariage, par le docteur S. Jeannel, Montpellier, 1902.

— **La prétuberculose et la sanatorium de Banyuls-sur-Mer**, par G. Lafargue, ancien préfet des Pyrénées-Orientales, C. Naud, Paris, 1902.

— **Un cas de labyrinthite spécifique**, par le docteur Trétrôp, Anvers, Buschmann, 1902.

— **Thérapeutique, nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement**, par le docteur A. Astruc, Paris, A. Maloine, 1902.

— **Les bouilleurs de cru**, par MM. A. et L. Antheaum, Paris, Naud, 1902.

— **Hydrophtalmie et troubles cardio-vasculaires**, par le professeur de Lapersonne, tiré à part des *Archives d'ophtalmologie*.

— **Pau, description, historique, climat, topographie médicale, distractions et promenades, indications thérapeutiques**, par le docteur Ch. Lavielle, de Dax, Paris, Maloine, 1900.

— **Relations entre professeurs et étudiants**, rapport présenté à la Société d'enseignement supérieur par François Picavet, Paris, Chevalier-Marescq, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de L

12e Semaine, du 15 au 21 Mars 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	5
3 mois à un an	6	8
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	2	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	6
40 à 60 ans	11	6
60 à 80 ans	10	6
80 ans et au-dessus	4	4
Total	51	40

Répartition des décès par quartier	CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	de 2 à 5 ans	plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	9
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	3	»	»	2	»	»	»	1	»	1	11	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	3	»	»	4	»	»	»	»	»	4	15	13
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	2	»	»	1	»	»	2	»	»	7	16	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	8	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	9	15	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	8
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	1	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	8	15
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	3	3
Total	1	1	»	»	»	2	»	9	12	3	11	»	»	15	»	»	2	1	»	34	91	120

Lille. -- Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 325. Septième Année. N° 14 Le Numéro : 10 centimes. 5 Avril 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Le Comité de rédaction de l'*Écho médical du Nord* s'augmente de trois nouveaux membres : MM. les docteurs E. GÉRARD, LAGUESSE et LAMBRET.

M. E. GÉRARD, depuis son arrivée à Lille, où il a succédé au regretté DEROIDE, nous a déjà été un excellent collaborateur. Nos lecteurs n'ont oublié ni son étude sur la nucléine, ni ses travaux sur l'action bio-chimique du rein. Très compétent en chimie biologique comme en pharmacologie, M. E. GÉRARD nous apportera une collaboration dévouée qui sera d'une grande utilité pour nos lecteurs et dont ils sauront certainement apprécier tout le prix.

M. LAGUESSE, professeur d'histologie, dont nos lecteurs et la presse médicale entière ont apprécié les lumineuses recherches sur le lobule pulmonaire et les déductions pathologiques si suggestives sur le rôle des îlots de Langerhans dans le pancréas, sera pour notre journal, maintenant qu'il a accepté de figurer sur notre manchette, ce qu'il était auparavant, un ami et un savant et avisé collaborateur que nos confrères trouveront toujours profit et intérêt à lire.

M. LAMBRET, professeur agrégé, chargé du cours de médecine opératoire a déjà fait ses preuves dans nos colonnes, où chacun a remarqué sa juvénile ardeur, sa hardiesse opératoire, son jugement droit, son esprit primesautier. La vitalité, dont l'*Écho médical du Nord* donne chaque jour ses preuves, s'accroîtera encore avec des recrues telles que M. LAMBRET. Et nos lecteurs ne sauraient s'en plaindre.

Aussi, c'est avec pleine confiance pour les intérêts du journal et ceux de ses lecteurs que nous avons attaché à notre Comité de rédaction ces trois nouveaux membres.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance

par M. le docteur **E. Ausset**, professeur agrégé à l'Université de Lille, et le docteur **Brassart**, ancien interne des hôpitaux.

(Suite et Fin)

Les troubles nerveux ne se limitent pas toujours aux enveloppes cérébrales. Nous venons d'étudier une série de faits allant depuis la simple congestion jusqu'à l'exsudation séreuse et même la transformation séro-purulente de l'exsudat. Mais il est bien certain que de tels phénomènes ne se produisent pas sans altérer plus ou moins les centres nerveux eux-mêmes, d'une façon plus ou moins passagère. D'autre part, il est des cas où l'irritation microbienne ou toxique se porte de préférence sur les centres nerveux et s'y localise d'emblée. CONCETTI, MARFAN, HUTINEL, MYA, et d'autres auteurs ont rapporté des exemples où une myélite, une encéphalite avait pour origine une infection quelconque, s'étant manifestée de la même façon que pour les cas où se produisent les méningites. Il en est de même dans les gastro-entérites ; de même que l'on peut voir se produire des méningites classiques ou atténuées, de même à l'occasion de ces troubles gastro-intestinaux peuvent s'installer des encéphalites curables ou définitives, des méningo-encéphalites qui tueront l'enfant ou le laisseront infirme pour le reste de son existence.

En dehors des méningites, des autopsies ont montré qu'au cours des infections d'origine gastro-intestinale on pouvait observer la thrombose des sinus ou des foyers d'encéphalite. Parrot, d'abord, puis le professeur Hutinel (Thèse de Paris 1877) ont particulièrement étudié cette thrombose des sinus qui s'accompagne alors d'hémorrhagies méningées, soit de foyers de ramollissement rouge. Thiercelin (thèse de Paris 1894) a eu l'occasion d'examiner trois cas de thrombose des sinus chez des enfants atteints d'infection gastro-intestinale ; il a trouvé le streptocoque soit seul soit associé au bacterium-coli. Sevestre et Gastou ont trouvé le bacterium-coli dans des abcès cérébraux survenus chez des enfants atteints de diarrhée infectieuse.

Mais c'est l'hydrocéphalie (Marfan, Guinon, Mulle loc. cit.) qui est particulièrement fréquente et Concetti l'a notée seize fois ; dans trois cas, même, il existait de l'amaurose complète.

Ces seize cas sont comptés parmi vingt-et-un où l'auteur trouva un liquide céphalo-rachidien stérile ; sur ces vingt-et-un cas, il y en avait quatorze dans lesquels l'origine de la maladie avait été une infection gastro-intestinale, les phénomènes nerveux avaient éclaté au déclin de la dite infection. Les observations rapportées par Marfan sont extrêmement intéressantes. L'auteur affirme, en outre, qu'il a déjà observé des faits semblables et qu'il est « porté à penser qu'ils ne sont pas très rares ».

Voici trois cas intéressants qu'il nous a été donné d'observer et qui nous semblent mériter une place à côté de ceux signalés par M. Marfan.

Observation X (Dr Ausset). — Il s'agit d'une fillette, née le 26 juin 1901, dans de bonnes conditions à terme, et par un accouchement facile. Pendant son premier mois, elle fut allaitée au sein par sa mère. Dans le cours du deuxième mois, gastro-entérite et muguet. Le mois suivant, en juillet, nouvelle crise de gastro-entérite ; la mère avait perdu son lait ; l'enfant avait été mise au biberon. Mais au cours de cette crise, la petite fut prise de convulsions des plus graves qui, avec des périodes de rémission, se prolongèrent pendant dix jours. Pendant cette période, l'enfant avait plusieurs fois par jour des convulsions et dans l'intervalle restait dans le coma. En même temps, diarrhée verte abondante et vomissements.

Je n'ai pas vu cette fillette à ce moment-là ; tous ces faits m'ont été narrés par la famille et aussi par mon excellent confrère le Dr Dubuisset, de Ronchin, son médecin.

Je vis seulement cette enfant en février 1902 (elle avait alors sept mois) dans mon cabinet, pour une nouvelle crise intestinale. Mon attention ne fut pas attirée à ce moment-là du côté du cerveau.

En mars suivant, je fus appelé, dans la famille, par le Dr Dubuisset : nouvelle poussée d'entérite. Je fus frappé à ce moment de ce que l'enfant ne se préoccupait de rien et, interrogeant la famille, on m'apprit qu'elle ne riait jamais et semblait indifférente à tout. Sans rien dire aux parents, j'exprimais dès lors toutes mes craintes à mon confrère, lui disant que je redoutais vivement une méningo-encéphalite chronique.

Ce n'est qu'au mois de septembre suivant, l'enfant avait quinze mois, que je fus appelé de nouveau par mon confrère pour une rechute intestinale. C'est alors que je fus encore plus vivement frappé par ce fait qu'une enfant de quinze mois n'avait dans le regard aucune lueur d'intelligence et semblait même ne pas y voir : les réflexes pupillaires étaient très diminués, presqu'abolis. Jamais elle ne rit, nous disent les parents, et quand on lui présente le biberon, elle ne tend pas les mains et semble indifférente ; il faut lui mettre dans la bouche. Les parents ont, eux aussi, sans se rendre compte de la gravité, été très frappés de l'état cérébral de leur enfant et cela d'autant plus, ils sont très affirmatifs sur ce point, que déjà à trois mois, avant les convulsions, l'enfant riait, suivait bien des yeux tout ce qu'on lui présentait. Je fis entrevoir à la famille une partie de la vérité, et je conseillais à mon confrère de la préparer tout doucement à la vérité entière. Cette enfant est atteinte de méningo encéphalite chronique, consécutive à sa gastro-entérite suivie de convulsions, avec amblyopie probable pour laquelle je regrette de n'avoir pu faire faire l'examen du fond de l'œil.

Observation XI (Dr Ausset). — D... X..., est une fillette que je soigne depuis le mois de décembre 1898. A cette époque (elle avait 3 mois) elle présenta des troubles gastro-intestinaux graves, diarrhée, vomissements avec amaigrissement extrême. Nourrie au biberon, elle avait été suralimentée dès le début de sa vie. Dans les premiers temps, on vint seulement me trouver dans mon cabinet et je ne suis pas sûr que les prescriptions hygiéniques que je fis furent suivies. Quoi qu'il en soit, cette enfant se développa très mal, ayant souvent de la diarrhée et dans l'intervalle une constipation opiniâtre ; elle n'allait à la selle qu'avec de grands lavages intestinaux. Si on cessait un jour ces lavages, les selles redevenaient fétides, l'haleine d'odeur aigrelette, et la langue se chargeait. La marche fut tardive, à dix-huit mois seulement ; les dents poussèrent à leur époque sensiblement normale, mais au lieu d'être blanches, elles étaient recouvertes d'un enduit verdâtre. L'enfant était toujours triste et il fallait beaucoup la solliciter pour la faire rire et jouer. Souvent il se faisait de petites poussées aiguës d'infection, avec vomissements, diarrhée glaireuse et fièvre. Je dois ajouter immédiatement avant d'arriver aux grands accidents cérébraux, que c'est une enfant très nerveuse, très irritable ; le père, excessivement nerveux, a eu une neurasthénie grave il y a quelques années ; il est en outre rhumatisant ; la mère est rhumatisante et très nerveuse.

Au mois de décembre 1900, vers la fin du mois, l'enfant, qui avait moins d'appétit depuis quelques temps et avait des selles très odorantes, était en train de jouer dans sa chambre quand elle se plaignit de sa jambe *droite*, puis fléchit et tomba. Ce fut absolument passager, on ne me fit même pas appeler ; l'enfant interrogée répondit qu'elle avait senti des « pipiques» dans sa jambe ; c'est ainsi qu'elle appelait les épingles; elle traduisait ainsi évidemment des fourmillements. La famille, ne voyant rien et tout étant disparu presque instantanément, m'expliqua quelques jours après qu'un pli du bas avait dû la gêner dans son soulier. Mais voilà que juste un mois après, le 28 janvier 1901, l'enfant se plaignit un jour, avec son expression imagée, de ressentir des fourmillements dans la même jambe et dans le bras du même côté ; sa bonne remarqua une grande faiblesse de ce côté, et la fillette ne pouvait se tenir sur cette jambe. Cette fois, je fus appelé. Je ne constatai absolument rien, sauf cette faiblesse; puis je trouvai que l'état gastro-intestinal était mauvais, les selles étaient redevenues glaireuses, la température était de 37°8, l'enfant avait la langue très saburrale et dormait mal. Cette crise dura 2 à 3 heures et tout rentra dans l'ordre du côté des membres. J'administrai du calomel, fis des lavages intestinaux et mis l'enfant au lait.

A la fin de février, le 13, réapparition des mêmes phénomènes, mais cette fois du *côté gauche* et d'une façon bien plus intense. L'enfant avait la fièvre, était très abattue et resta près d'une journée inerte, répondant difficilement quand on appelait. Tout le côté gauche était inerte. Ce n'est que le lendemain que les mouvements réapparurent; puis l'état général se remonta et quelques jours après il n'y paraissait plus rien. Pensant dès les accidents du mois précédent qu'il s'agissait de troubles circulatoires au niveau des centres nerveux sous l'influence des microbes ou de leurs toxines partis de l'intestin, j'avais institué un régime très sévère.

Malgré cela, vers la fin de mars, une nouvelle crise intestinale se manifesta et le 31 mars l'enfant était prise de convulsions à sept heures et demie du matin ; la crise convulsive dura quelques instants et laissa après elle une paralysie complète de tout le côté *droit, y compris* cette fois le *facial inférieur* du même côté.

Après avoir institué une thérapeutique appropriée, je partis laissant auprès de l'enfant pour la veiller M. le docteur Breton. Vers deux heures de l'après-midi, ce dernier accourait chez moi, m'annonçant que la fillette avait de nouvelles convulsions et me disant qu'elle allait mourir. J'accourus aussitôt et quand j'arrivais la convulsion était terminée. Je trouvais l'enfant dans le coma, interrompu de temps à autre par des vomissements, le pouls rapide et irrégulier, avec des pauses respiratoires ; en même temps diarrhée fétide mais peu abondante et composée de mucus, de glaires légérement striées de sang. Pas de signe de Kernig bien net.

Ces alternances dans les paralysies, atteignant tantôt un côté, tantôt l'autre, la reproduction à de si longs intervalles des accidents cérébraux éloignaient immédiatement l'idée d'une méningite tuberculeuse, d'une tumeur ou d'une lésion chronique quelconque de l'encéphale. A mon sens, je ne pouvais penser qu'à une altération dans le système circulatoire de l'encéphale, altération d'origine microbienne partie de l'intestin (ou par les toxines) et ayant amené probablement une thrombose. Grâce à une thérapeutique énergique (sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, bains chauds prolongés, désinfection gastro-intestinale par le calomel et les lavages) l'enfant guérit d'abord de ses accidents méningo-encéphaliques et le 10 avril, elle était complètement revenue à elle, mais il lui restait une paralysie totale des membres droits et de son facial inférieur. Peu à peu la paralysie faciale disparut ; puis l'enfant commença à marcher en traînant la jambe et au commencement de mai il ne restait plus que le bras de paralysé. Progressivement les mouvements revinrent dans ce bras et aujourd'hui, dix-neuf mois après l'accident, il ne reste plus que de la parésie de l'index et un peu de faiblesse de ce membre droit qui, quoique exécutant tous les mouvements, est un peu moins habile que l'autre. Il faut savoir réellement qu'il y a là quelque chose d'anormal pour s'en apercevoir. L'enfant a repris toute sa gaieté, son développement. Son intelligence est parfaite, et sa santé générale excellente.

Chez cette petite malade on ne peut nier, je crois, qu'il s'est bien agi ici d'une méningo-encéphalite d'origine gastro-intestinale. Je ne puis affirmer quelle fut la lésion ; peut-être était-ce une thrombose, à la suite de petites embolies microbiennes. On voit donc que dans les accidents aigus d'origine gastro-intestinale, on rencontre non seulement l'hypérémie des méninges et de l'écorce cérébrale, mais encore on rencontre également des phénomènes semblables à ceux qui ont été décrits au cours des entérites chroniques, et au cours de l'athrepsie (thrombose des sinus, hémorragies méningées, encéphalite dégénérative ou stéatose cérébrale). D'ailleurs notre petite malade avait de l'entérocolite chronique avec des poussées aiguës fréquentes ; l'action de ses microbes intestinaux et de leurs poisons avait bien pu lentement altérer quelques parties de sa circulation encéphalique et méningée; à l'occasion d'une crise aiguë, n'a t-il pas pu se constituer ou une thrombose ou une hémorrhagie ? Au reste nous reviendrons sur ce point quand nous parlerons de la pathogénie.

Observation XII (Dr Ausset). — Ici il s'agit d'un cas d'hydrocéphalie chronique, d'une méningo-encéphalite chronique avec hydrocéphalie.

B..., Gaston, dix-huit mois, entre dans le service de la clinique infantile de Saint-Sauveur, le 13 février 1899. Nourri au sein jusqu'à l'âge de onze mois, mais a mangé en outre des panades dès l'âge de quatre mois. N'a jamais marché.

La maladie actuelle aurait débuté à l'âge de onze mois avec diarrhée et vomissements. Il n'y aurait pas eu de convulsions. Ces accidents gastro-intestinaux guérirent assez rapidement, mais à partir de ce moment les parents s'aperçurent que la tête de l'enfant se développait dans des proportions anormales, puis survint de la contracture des quatre membres, mais plus accentuée aux membres inférieurs.

L'enfant est presque toujours somnolent, les yeux sont dirigés en haut; le regard est fixe. Le front est bombé, la face apparaît de forme triangulaire; on sent la fontanelle antérieure très élargie et très tendue. La taille est de 74 centim. Mensuration de la tête :

Diamètre sus-occipito mentonnier 203 m/m ; diamètre sous-mento-bregmatique 142 m/m ; diamètre occipito-frontal 180 m/m ; diamètre occipito-mentonnier 198 m/m ; diamètre sous-occipito bregmatique 154 m/m ; diamètre sous-occipital frontal 190 m/m ; grande circonférence (occipito-mentonnière) 541 m/m ; circonférence sous-occipito-bregmatique 504 m/m ; circonférence sous-occipito frontale 523 m/m ; Diamètre bi-pariétal 141 m/m ; diamètre bi-temporal 99 m/m. La fontanelle antérieure, très bombée, mesure 52 m/m de long sur 58 m/m de large. Le périmètre thoracique est de 55 cent.

L'enfant est absolument immobile dans son lit, incapable de tout mouvement spontané; les bras sont serrés contre le tronc, les avant-bras fléchis sur les bras; les mains demi-fléchies; les doigts sont légèrement repliés dans la paume de la main. Seuls, les doigts et les mains conservent quelques mouvements peu étendus. Les cuisses, les jambes sont fortement étendues, accolées l'une à l'autre; les pieds sont un peu en varus équin. Quand on saisit l'enfant par une partie du corps quelconque, on le soulève tout d'une pièce comme une masse rigide et compacte; la raideur est surtout considérable au niveau des muscles adducteurs, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en cherchant à écarter les deux cuisses ou à éloigner les bras du tronc.

La sensibilité générale est normale. Les yeux ne suivent ni le doigt, ni la lumière; les pupilles sont absolument immobiles, sans aucun réflexe; l'enfant semble absolument aveugle. L'examen du fond de l'œil n'a malheureusement pas été fait.

Dentition très retardée; quatre incisives. Le 15 février, ponction lombaire. On retire 18 gr. environ d'un liquide incolore, absolument limpide, qui est envoyé à l'Institut Pasteur. Voici la réponse textuelle qui nous a été donnée : pneumocoques nombreux; gros staphylocoques blancs (provenant certainement de la peau); pas de bacilles de Koch. Albumine. Pas d'urée.

Le 24 février, malgré tous nos efforts pour le retenir, les parents enlèvent leur enfant. Rien à noter de particulier, si ce n'est que l'enfant a très notablement maigri.

Le diagnostic ici ne fait pas de doute; il s'agit d'un bébé qui, à l'occasion d'une infection gastro-intestinale grave, fait de l'hydrocéphalie. Cette hydrocéphalie, l'amaurose, la rigidité spasmodique des membres nous démontrent qu'il s'agit bien d'une méningo-encéphalite. Le début des accidents en même temps que la gastro-entérite nous font évidemment établir entre les deux ordres de faits une relation de cause à effet. Il est intéressant de noter la présence du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien, bien que plus de six mois se soient écoulés entre le début de la maladie et la ponction lombaire.

L. Concetti cite des cas où on a retrouvé le méningocoque sept mois après l'apparition des accidents.

Eh bien, voilà les faits étudiés séparément; voilà quelles sont les diverses façons dont se manifeste l'irritation méningo-encéphalique au cours des infections gastro-intestinales. Est-il possible de tirer de ces faits en apparence très différents, mais en réalité ne se distinguant que par des degrés, un tableau d'ensemble, une sorte de synthèse rationnelle succédant à l'analyse des cas? cette synthèse permettrait de réunir toutes ces différentes manifestations qui frappent le cerveau et ses enveloppes, et de les considérer comme la résultante d'une cause unique; intoxication, infection, ou plutôt toxi-infection, agissant toujours de la même façon, mais ne produisant des effets différents que parce que le terrain varie où la graine va être ensemencée, et que cette graine elle-même peut avoir, suivant les cas, plus ou moins d'aptitude à se développer.

Un point très important, tout d'abord, c'est celui de savoir s'il est possible à l'aide des signes cliniques de reconnaître si les phénomènes méningitiques sont causés par une infection microbienne, quel est ce microbe, ou s'il n'y a que l'action des toxines élaborées au niveau du tube gastro-intestinal.

La lecture de nos observations et celles relatées par les divers auteurs démontrent que c'est là un diagnostic impossible. Concetti affirme bien que les formes rapides, tumultueuses, à pronostic souvent fatal sont dues au méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum; les formes prolongées au contraire, beaucoup plus bénignes, seraient occasionnées par le diplocoque encapsulé de Talamon-Fraenkel. Si cette assertion, que nous n'avons pas vérifiée, peut être juste dans les cas de méningites aiguës d'origine otique, nasale, pharyngée, pulmonaire, etc., il ne nous paraît pas en être ainsi pour les méningites d'origine gastro-intestinale. Dans un cas (observ. XII) nous avons trouvé du pneumocoque, il s'agissait d'une

hydrocéphalie et d'une méningo-encéphalite chronique; dans un autre (observ. IV) le streptocoque fut trouvé dans le liquide céphalo-rachidien, et dans notre observation V si l'examen bactériologique ne fut pas fait l'érysipèle qui vint terminer là scène nous montra bien quel était le microbe coupable. Dans les autres cas où la ponction fut faite on ne trouva pas de microbes. C'est que, comme le dit d'ailleurs CONCETTI lui-même, ces méningites d'origine intestinale sont la plupart du temps causées par les substances pathogènes venant de l'intestin, lesquelles substances sont le plus souvent de nature chimique. Les enfants atteints de gastro-entérite chronique, et nous savons qu'ils sont peut-être encore plus exposés que les autres aux manifestations nerveuses à l'occasion d'une poussée aiguë quelconque ou même sans poussée aiguë, ces enfants, disons-nous, ont de l'indicanurie, des urines très toxiques, des éruptions cutanées multiples, des toxidermies, témoignant que les produits de fermentation circulent dans leurs vaisseaux et peuvent ainsi être portés au niveau de tous les organes.

Il y a évidemment des cas où les microbes, et particulièrement le bacterium-coli, pourront franchir la barrière intestinale, surtout s'il existe des ulcérations; de là il ira créer des localisations pulmonaires, rénales, *méningées* et *encéphaliques*. Ce qu'il faut bien savoir également c'est que la maladie gastro-intestinale peut jouer le rôle de préparatrice du terrain où la graine va venir s'ensemencer ; elle peut ouvrir la voie ainsi à des méningites bactériennes diverses, le microbe venant d'ailleurs que de l'intestin, et c'est ainsi que nous aurons des méningites avec le méningocoque ou le diplocoque de TALAMON au cours d'infections intestinales dues, elles, à un autre microbe.

Mais, il y plus, et CONCETTI l'a bien démontré, les infections gastro-intestinales peuvent être une cause d'aggravation ou de rechutes pour des méningites d'autres origines. CONCETTI rapporte que dans un cas de méningite cérébro-spinale chez un garçon de sept ans les trois premières ponctions donnèrent un méningocoque qui se montra tour à tour moins actif, moins virulent ; et cela était en rapport avec une amélioration progressive et notable de la maladie. La quatrième et la cinquième ponction donnèrent un liquide stérile. L'enfant marcha vers la guérison. Un trouble digestif causa une vraie fièvre gastro-intestinale qui fut suivie d'une aggravation, d'un retour de phénomènes méningitiques très graves. A une nouvelle ponction lombaire le liquide extrait contenait d'abondants méningocoques doués d'une faible aptitude à cultiver (Congrès de 1900). Il est évident que dans ces cas il s'agit d'une véritable préparation du terrain par l'infection gastro-intestinale.

Si la clinique ne peut nous renseigner sur la nature microbienne de la méningite, la ponction lombaire est-elle susceptible de le faire ? Oui, certainement, et si nous constatons, dans le liquide extrait, la présence d'un microbe quelconque, toutes les chances sont pour que les accidents nerveux soient causés par ce microbe. Mais il faut bien le dire, l'absence de microbes ne signifie rien et ne veut pas toujours dire que la méningite est amicrobienne ou qu'il n'y a pas de méningite. Un grand nombre d'auteurs ont relaté des cas où ils ont trouvé un liquide absolument stérile. Cela tient à ce que le liquide céphalo-rachidien est un très mauvais milieu de culture pour les microbes, qui s'y épuisent et meurent très vite après avoir déterminé des méningites très graves. D'autre part, il ne faut pas oublier que les microbes sont surtout abondants au niveau du liquide encéphalique et que ce que l'on retire vient de la partie inférieure du sac spinal qui ne contient que relativement peu de microbes. Une constatation négative au microscope n'aura donc aucune valeur diagnostique ; les cultures et les inoculations donneront des résultats plus précis, mais il faudra bien entendu que les microbes soient encore vivants et virulents.

Au point de vue du diagnostic microbien la ponction lombaire n'a donc de valeur que dans les cas à résultats nettement positifs.

L'examen cytologique du liquide est plus précieux pour nous démontrer qu'il existe une irritation méningée. On constatera de la polynucléose, ou de la lymphocytose, car on sait aujourd'hui que la lymphocytose n'est pas la caractéristique *absolue* de la méningite tuberculeuse. Toutefois, l'apparition de ces divers éléments figurés ne signifiera pas encore que nous avons affaire à une méningite microbienne, car, sous l'action irritante et phlegmasique des substances toxiques élaborées par les microbes, on peut assister à cette polynucléose et à cette lymphocytose. Enfin, nous ferons observer que c'est lors d'un premier examen qu'il faut constater l'apparition de ces éléments figurés pour leur accorder une réelle valeur diagnostique, car si on ne l'observe qu'après une série de ponctions répétées, on peut simplement se trouver en face d'un cas où ils sont apparus sous l'influ-

de l'irritation produite par la répétition des explorations.

Si donc la ponction lombaire est un très bon moyen de diagnostic, il ne faudrait pas compter tirer d'elle des déductions toujours absolues.

Nous avons déjà dit que la rapidité et la tumultuosité de l'évolution des accidents ne pouvaient servir à nous éclairer sur le diagnostic. Tel cas, qui évolue avec une intensité formidable et dans lequel nous supposons que l'enfant va rapidement succomber, tournera court au contraire et se terminera rapide par la guérison; telle, par exemple, notre observation V. Dans une autre circonstance, les phénomènes évolueront sourdement en une ou plusieurs reprises, il y aura simplement des convulsions, et l'on ne sera pas peu surpris, comme dans notre observation XI, de constater une paralysie durable, ou, comme dans notre observation XII, une hydrocéphalie avec méningo-encéphalite chronique. Et cela quel que soit l'agent microbien causal, puisque dans notre observation V, il s'agissait de streptocoque et dans l'observation XII, de pneumocoque.

On prévoit donc quelles difficultés on aura pour diagnostiquer ces méningites, et surtout pour pronostiquer si l'on va avoir affaire à une simple congestion, à une hypérémie passagère, c'est-à-dire à une méningite s'arrêtant à son premier stade, ou si l'on va assister à une simple exsudation séreuse, ou à la transformation purulente de l'exsudat, ou enfin si le tissu encéphalique lui-même va se prendre et si nous n'allons pas voir la scène se compliquer d'une hydrocéphalie chronique, d'une méningo-encéphalite, d'une sclérose cérébrale. La difficulté s'accroît encore si les accidents méningés éclatent au cours d'une poussée aiguë gastro-intestinale, les symptômes s'associent et peuvent se confondre. Si l'entérite chronique évoluait sans phénomènes bruyants, on pourra faire le diagnostic de la complication méningée au moment de son apparition, quand on assistera à une crise convulsive par exemple. Mais il faut bien convenir qu'il est absolument impossible de tracer un tableau clinique d'ensemble, car tous les symptômes peuvent s'observer dans les diverses formes aussi bien dans la forme la plus atténuée que dans la forme la plus grave; pas un symptôme n'appartient en propre à telle ou telle forme, pas plus les convulsions que le coma, que les vomissements, que la céphalalgie, etc.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est *exceptionnel* d'observer le trépied méningitique complet : céphalalgie, vomissements, constipation, et nous considérons même qu'il y a là un élément, sinon absolu, du moins très important pour le diagnostic. La constipation surtout fait défaut, et la diarrhée est la règle générale. Nous nous hâtons d'ajouter qu'il convient de mettre ici à part les cas où les phénomènes méningés éclatent chez des enfants habituellement constipés. Mais ici justement l'habitude de cette constipation nous mettra sur la voie du diagnostic.

La fièvre est habituelle; elle peut atteindre des degrés très élevés, mais cela dans les cas où il existe une infection intestinale très intense; elle est alors plutôt due à la maladie initiale qu'à la méningite. Il est, en effet, frappant que dans les cas où la maladie intestinale n'est pas très intense la température monte peu du fait de la complication nerveuse, et le thermomètre dépasse rarement 39°. L'irrégularité de la fièvre est tout à fait typique; on obtient les tracés les plus fantaisistes; la température tombe sans raison à la normale puis remonte de même sans qu'il soit possible de trouver la cause de cette irrégularité. Le pouls n'est pas ralenti comme dans la méningite tuberculeuse ou dans les méningites suppurées, il est ordinairement très rapide et assez souvent irrégulier.

Chez les enfants très jeunes la scène s'ouvre le plus souvent par une ou plusieurs crises convulsives ou bien la fièvre monte et quelques heures après éclate la convulsion. Mais chez les sujets plus âgés les convulsions sont plus rares et le malade peut garder la plus grande partie de sa lucidité.

Ce qui montre bien que même dans les cas les plus atténués il existe de l'irritation méningée, premier degré de toute méningite, c'est le signe de Kernig que l'on rencontre dans la plupart des observations. Or l'importance de ce signe est reconnue aujourd'hui par tous et c'est un des symptômes les plus constants de la méningite. Netter, en 1898, l'a trouvé quarante-et-une fois sur quarante-six, soit 90 % et, en 1899-1900, soixante sur soixante-dix-neuf, soit 83,5 % (Congrès de Paris, 1900).

L'existence de troubles oculaires (hypérémie papillaire, strabisme, mydriase, paralysies, photophobie, etc ..) présente une grande valeur diagnostique, et doivent faire pencher vers l'existence d'une méningite avec exsudation. Mais il paraît évident que ces signes ne se produiront pas, lorsqu'il n'existera que de l'hypérémie, de la congestion des enveloppes encé-

phaliques. Toutefois, la contracture maximum des pupilles est un signe très fréquent, et l'on observera dans presque tous les cas des pupilles absolument punctiformes.

S'agit-il de déterminer la durée des accidents et de porter un pronostic quelconque ? Nous nous trouvons ici absolument privés de tout élément pouvant nous guider. Nous avons relaté des observations où certainement l'intensité des accidents et l'état général de l'enfant nous avaient fait porter un pronostic fatal, que nous aurions affirmé envers et contre tous : nous avons été heureusement déçus par la guérison. Dans d'autres cas, on verra des enfants succomber après une ou deux crises convulsives, très rapidement en un jour ou deux, parfois en quelques heures : Le malade a été véritablement sidéré par la toxi-infection et à l'autopsie on ne trouve souvent que de l'hypérémie, de la congestion des centres nerveux. Enfin on ne sait même pas prévoir les cas où s'installeront des lésions chroniques de l'encéphale.

Il résulte des observations que nous publions et de celles publiées avant nous que les méninges séreuses, même celles qui paraissent les plus graves, peuvent guérir ; beaucoup même guérissent complètement. On ne devra donc jamais trop tôt jeter le désespoir dans une famille ; nous ne saurions jamais trop citer notre observation V où l'enfant a guéri complètement, sans séquelles, alors que tout portait à croire qu'elle devait fatalement mourir.

Tous les enfants atteints de gastro-entérite sont-ils exposés à présenter à un moment donné ces terribles complications méningées? C'est-à-dire y a-t-il un âge plus spécial où on observera plus fréquemment ces accidents ? Y a-t-il lieu d'invoquer une prédisposition? Existe-t-il certaines formes de l'infection gastro-intestinale se portant plus aisément sur les centres nerveux ? Enfin comment et dans quelles conditions, se produisent ces méningites ?

Les complications méningées des gastro-entérites, soit qu'il s'agisse de convulsions simples, soit que ces convulsions ne soient que le prélude d'une inflammation plus grave de la séreuse, paraissent être l'apanage de certaines familles et de certains enfants. D'Espine, dans son rapport au Congrès de Toulouse, cite une statistique d'Haushalter où on lit que dans des familles de treize enfants, il y a eu neuf morts par convulsions, dans une autre de quinze, huit décès par convulsions, onze enfants, treize enfants, sept décès par convulsions, etc... Les enfants de nerveux, d'arthritiques sont particulièrement prédisposés à faire des complications nerveuses de toutes les maladies ; il y a chez eux un point faible sur lequel se concentrent toutes les attaques.

L'alcoolisme, la syphilis des parents créent aussi une prédisposition des plus manifestes. Quand à l'hérédité tuberculeuse elle n'est pas démontrée. Toutefois, il n'est pas impossible que cette cachexie d'un père ou d'une mère puisse favoriser dans une certaine mesure l'apparition des accidents nerveux ; peut-être, chez notre petite malade de l'observation V, cette cause est-elle venue se surajouter à l'hérédité nerveuse qui entachait déjà l'enfant.

Quoi qu'il en soit, c'est le plus habituellement dans les deux premières années de la vie que l'on observe le plus fréquemment soit les convulsions, soit ces sortes de méningites aiguës d'origine intestinale ; il est très rare d'en observer dans la troisième année, et exceptionnel de les rencontrer à un âge encore plus avancé. Pour nous, nous n'en n'avons jamais vu au-dessus de trois ans, sauf le cas que nous avons rapporté dans notre observation VI. Cette notion étiologique, confirmée par tous les auteurs, est très importante, car si l'on voit apparaître des accidents méningitiques chez des enfants déjà âgés, il y aura les plus grandes chances pour que l'on ait affaire à tout autre chose qu'à ces méningites aiguës non suppurées, si susceptibles de guérison.

La forme de l'infection gastro-intestinale a moins d'importance, et on verra aussi bien ces complications au cours du choléra infantile, d'une diarrhée infectieuse aiguë, qu'au cours d'une entérite chronique, ou chez un enfant habituellement constipé. Nous pensons cependant, et nos observations semblent nous donner raison, que les enfants atteints d'entérite chronique sont plus exposés que d'autres. En effet, leurs tissus, et par suite leurs centres nerveux, sont imprégnés pour ainsi dire par les toxines chroniquement sécrétées au niveau de leur tube gastro-intestinal ; il se crée pathologiquement un terrain tout propice ; survienne alors une crise aiguë qui exalte la virulence microbienne, augmente la quantité et la toxicité des toxines élaborées ; survienne un incident banal quelconque, tel que surmenage physique et intellectuel (voir observation VI), une émotion, une frayeur quelconque, les accidents méningés se déroulent,

éclatant comme un coup de foudre dans les cas de convulsions du début, ou se manifestant par une intoxication plus lente, mais aussi sûre des centres nerveux. C'est ainsi que nous expliquons ces convulsions que les parents rapportent si souvent à une frayeur et dans lesquelles nous retrouvons toujours l'affection gastro-intestinale antérieure.

On observe très fréquemment ces méningites plus ou moins atténuées chez des enfants rachitiques, non pas, comme l'a écrit Kassowitz, parce qu'il existerait du rachitisme crânien et parce que ces méningites seraient dues à la propagation de l'hypérémie des os du crâne rachitique aux méninges et à l'écorce cérébrale. Ce n'est pas là la cause véritable, d'abord parce que beaucoup de ces enfants n'ont pas de rachitisme crânien. Cette fréquence chez les rachitiques s'explique tout simplement par ce fait que les rachitiques sont des enfants atteints de gastro-entérite chronique, le rachitisme n'étant pas autre chose que l'aboutissant de la gastro-entérite chronique, la traduction osseuse de la souffrance imposée à tout l'organisme par les poisons élaborés au niveau du tube digestif.

Ainsi donc le tout jeune âge et la prédisposition héréditaire créent les conditions favorisantes pour l'apparition des complications méningées. Mais pourquoi cet enfant atteint depuis plusieurs mois d'entérite chronique va-t-il, un beau jour, sans raisons apparentes ou à l'occasion d'une de ces crises aiguës qu'il a déjà présentées plusieurs fois, nous faire des convulsions et une méningite quelquefois mortelle ? C'est que l'auto-toxi-infection s'est exagérée subitement du fait qu'un des organes ayant pour mission de détruire les poisons ou de les rejeter au dehors, s'est trouvé à un moment donné, en état d'hypofonctionnement.

Sous l'influence d'une gastro-entérite aiguë le rein peut être lésé au même titre que les autres organes ; la congestion rénale, la néphrite infectieuse s'accompagnent d'insuffisance de cet organe; la dépuration par la voie urinaire ne s'effectuant plus, on voit alors apparaître la complication méningée.

Dans les entérites chroniques, le rein, ainsi qu'on le constate dans les autopsies d'enfants morts de tout autre cause, le rein, disons-nous, est plus ou moins altéré et les urines sont hypertoxiques, ce qui prouve bien qu'il existe une insuffisance relative. Survienne un de ces incidents, une de ces causes occasionnelles, surmenage, crise aiguë, etc., dont nous parlions tout à l'heure, le rein est débordé et l'intoxication se répandant à flot dans tous les organes va agir sur les centres nerveux préparés par l'âge et par l'hérédité.

Le foie, avec ses fonctions si importantes, ne peut, lui non plus, suspendre tout ou parti de son rôle protecteur sans amener de graves perturbations. Nous avons dit au début de ce travail qu'au niveau du tube gastro-intestinal s'éliminaient des substances convulsivantes ; si ces substances ne sont pas arrêtées par le foie insuffisant, elles se rendent dans les centres nerveux et y produisent les phénomènes convulsifs. Il èn sera de même pour tous les poisons d'origine intestinale.

Or, il est bien démontré que, chez les enfants atteints de gastro-entérite chronique, le foie est toujours plus ou moins altéré.

Supposons alors que, sous l'influence de substances alimentaires nocives (lait par exemple) ou bien sous l'influence de l'exaltation de la virulence des microbes des voies digestives, il se fasse une décharge considérable de produits toxiques et d'éléments microbiens, ces toxines et ces microbes vont aller exercer leur action nocive sur les divers organes. Une septicémie généralisée peut s'établir, mais aussi elle ira se localiser sur les centres nerveux si les conditions prédisposantes dont nous parlions plus haut existent. Ces conditions de production expliquent pourquoi on ne peut, dans ces méningites, attribuer de prédominance à une espèce microbienne quelconque. Nobécourt (*Semaine Médicale*, 1899) a montré combien variable était la flore microbienne intestinale, surtout dans les entérites chroniques, et comment dans ces formes chroniques il se faisait de véritables symbioses microbiennes dont l'action est toute particulièrement nocive. Aussi observera-t-on des méningites à B. coli, à streptocoque, à entérocoque, etc.

En outre, on concevra comment ces toxines multiples circulant dans l'organisme peuvent préparer le terrain à des infections méningées venues d'ailleurs que de l'intestin (nez, pharynx, oreilles, poumons) et comment au cours d'une infection gastro-intestinale, nettement cause première, on observera une méningite à pneumocoques ou à méningocoque de Weischelbaum.

Il nous reste à dire deux mots des conditions spéciales qui font que ce sont certains enfants, les plus jeunes et parmi ces plus jeunes les prédisposés héréditairement, qui sont plus souvent atteints que les

autres. Le système nerveux de l'enfant est très peu résistant vis-à-vis des causes nocives qui peuvent l'atteindre. Au reste, tous les tissus de l'enfant sont particulièrerement vulnérables, mais le tissu nerveux et le tissu osseux dont l'accroissement rapide exige une grande activité sont particulièrement susceptibles. Il est très vraisemblable que la circulation très active qui existe au niveau de ces tissus en voie d'accroissement explique l'arrivée facile à leur niveau des toxines et des microbes. Cette susceptibilité du tissu nerveux, susceptibilité d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune, nous explique la fréquence des convulsions et des infections méningées dans le tout jeune âge.

Et maintenant pourquoi les uns font-ils, dans les mêmes conditions apparentes, une méningite très atténuée, d'autres une méningite séreuse grave, d'autres une méningo-encéphalite ? Pourquoi certains succombent-ils ? Il y a là une inconnue que nous ne savons démêler. Il nous semble toutefois qu'on peut invoquer la virulence de l'infection et la résistance du terrain pour expliquer ces différences.

Nous ne voulons pas insister ici longuement sur le traitement pour lequel nous renvoyons à la thèse de l'un de nous où il est exposé plus en détail (1). Nous voulons dire seulement quelques mots de la ponction lombaire. Nous avons dit plus haut ce que nous en pensions au point de vue diagnostic. CONCETTI affirme que cette opération, pratiquée à plusieurs reprises, quatre, cinq, six fois ou plus, donne des résultats inespérés, en décomprimant les centres nerveux et en enlevant une quantité notable d'éléments pathogènes. NETTER la préconise également.

Nous pensons qu'il ne peut être qu'utile de faire une ou deux ponctions lombaires à un enfant atteint ou soupçonné atteint de méningite. Mais nous craindrions vivement de les répéter aussi fréquemment que le conseille CONCETTI. Outre que l'hydrocéphalie est relativement rare ou tellement peu importante qu'une seule ponction peut suffire à la faire disparaître, outre que souvent il n'y pas de microbes à enlever et qu'en tout cas ces microbes sont surtout situées en abondance en haut du sac rachidien et non pas dans le bas où l'on ponctionne, nous ne croyons pas à l'influence absolue de cette ponction sur l'évolution de la méningite, car nous ne saisissons pas le mécanisme par lequel cette soustraction de liquide peut agir sur la vitalité des microbes ou sur les toxines circulant dans le sang et allant impressionner les centres nerveux. Toutefois cette ponction peut être très utile pour soulager les douleurs de l'enfant, diminuer l'hydrocéphalie lorsqu'elle existe, et aider au diagnostic et au pronostic. Pour la pratiquer il faudra s'entourer de toutes les précautions aseptiques désirables ; en tous les cas nous pensons qu'il ne faut la faire que lorsqu'elle est très nettement indiquée et qu'il est imprudent d'aller se promener dans le canal rachidien parce qu'un enfant souffre de la tête ou pour tout autre cause banale.

Comme nous l'avons dit dans le cours de ce travail, la démonstration, qui a été faite, que la ponction *répétée* amène la production d'une leucocytose plus ou moins abondante prouve bien, puisque cette leucocytose est fonction d'irritation, qu'elle n'est pas complètement inoffensive.

Le reste de la thérapeutique variera suivant les indications particulières à chaque cas. D'une façon générale on devra s'adresser à l'hydrothérapie chaude, tiède, ou froide, suivant les circonstances, et à l'antisepsie intestinale sous toutes ses formes.

(1) BRASSART. — Thèse de Lille 1902-1903.

Consultations Médico-Chirurgicales

Oreillons

Professeur F. COMBEMALE.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. De quinze à vingt jours après une contamination suspectée, un petit écolier devient fatigué, sans appétit, et un peu fébrile, se couche. Le lendemain au réveil, une tuméfaction pâle et molle occupe la région parotidienne ou bien la région sous-maxillaire d'un côté ; sur un point très restreint, au-dessous du point de fixation du lobule de l'oreille, immédiatement en avant du tragus, ou bien au-dessous et vers le milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur la pression provoque de la douleur. Deux à quatre jours après, précédé du même petit accès fébrile, même œdème et même douleur limitée de l'autre côté du visage ou du cou. Dès le premier jour, la déglutition est gênée; la sécrétion salivaire est diminuée. L'œdème peut s'accuser, les ganglions maxillaires participer à l'infection et défigurer le malade, une fièvre à 38° persister; mais d'ordinaire, dès le quatrième jour, l'œdème décroît ainsi que la dysphagie; du sixième au

huitième jour, l'engorgement parotidien a cessé. Ce sont là les *oreillons*, maladie bénigne, épidémique dans les écoles.

II. — Brusquement, vers le sixième jour d'une attaque bénigne d'oreillons ou, au cours d'une épidémie chez un adolescent ou un adulte épargné jusque-là, mais fréquentant un pensionnat ou la caserne, survient une fièvre ardente, 39°5 ; délire, agitation, anxiété, accompagnent cette fièvre ; de plus, un testicule est douloureux, épididyme aussi bien que glande elle-même : en quelques heures il atteindra un volume triple ou quadruple de son volume normal ; la peau devient rouge et tendue. Au reste, fièvre, douleur et gonflement testiculaires au bout de trois ou quatre jours se seront graduellement amendés. C'est l'*orchite ourlienne*, manifestation primitive ou secondaire de l'infection ourlienne. Dans les quelques mois qui suivront, l'atrophie du testicule s'établira lentement, aboutissant peut-être à l'impuissance, faisant un eunuque de cet adolescent, ou bien, si la fluxion a été peu sévère, le volume et la consistance du testicule seront vite récupérés.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Maladie infectieuse, dont l'agent n'est pas encore nettement déterminé, les oreillons sont contagieux, partant évitables ; d'où une prophylaxie possible.

Maladie bénigne, puisque les statistiques n'enregistrent dans l'armée qu'un décès pour 11.000 cas, elle laisse cependant parfois des sequelles, telle l'atrophie testiculaire, qui exigent de la surveillance et des soins. La possibilité de complications rénales, cardiaques, respiratoires, auriculaires, de suppuration parotidienne, quoique très rares, n'est pas moins pressante pour un traitement attentif, sinon sérieux dans tous les cas.

Bien que ne traduisant pas leurs effets par un exanthème, les oreillons se conduisent cliniquement comme une fièvre éruptive ; il y aura donc lieu d'obéir aux indications générales des maladies infectieuses : soutenir l'organisme, éliminer les toxines, stimuler le système nerveux, prévenir les complications, tout en soutenant la lutte contre les manifestations particulières à la maladie.

TRAITEMENT. — Les formes légères, les plus communes, n'exigent qu'une thérapeutique peu compliquée ; les formes graves, bien plus rares, méritent une thérapeutique active ; de même la manifestation orchitique.

HYGIÈNE. — Le **séjour à la chambre** pour les enfants, le séjour au lit pour les adolescents sera conseillé ; et conseillez aussi l'**isolement**, dès le diagnostic posé, dans les milieux où la contagion est à craindre, surtout dans les familles où existent plusieurs enfants, c'est-à-dire, dès que l'âge de douze ans étant dépassé par l'un d'eux, l'orchite peut survenir.

Recommandez l'**alimentation** solide dans la mesure où elle est possible, liquide dans le cas de déglutition vraiment douloureuse, prise même au chalumeau en cas de constriction des mâchoires. Qu'elle soutienne cependant les forces du malade et consiste, tout au moins, en lait, œufs, bouillon, limonade vineuse.

Surveillez les émonctoires : poussez aux urines par une **tisane diurétique** additionnée de quelque cinquante centigrammes de nitre ou par égale dose de **théobromine** en un cachet ; donnez aussi vers le troisième jour un léger **purgatif salin**, limonade au citrate de magnésie ou eau sulfatée sodique, ou bien une prise de 0 gr. 50 de calomel. **Le salol, même pris de façon continue, ne peut prétendre à aucune action bactéricide** ; abstenez-vous de l'employer.

Localement, l'antisepsie de la bouche doit être réalisée aussi complète que possible. Dans ce but, six et huit fois par jour, le malade aura recours à des **gargarismes** avec de l'eau phéniquée à un pour mille, avec de l'eau thymolée à 0 gr. 25 pour mille, ou mieux avec :

Acide borique..................	25 grammes
Acide phénique..................	1 gramme
Thymol..........................	25 centigrammes
Eau.............................	un litre

Un gargarisme avec de l'eau dentifrice vulgaire, ou au phénosalyl au millième serait aussi efficace et plus agréable. Des **instillations nasales** au cas où les mâchoires sont trop rapprochées pour le gargarisme, seront faites avec l'huile mentholée au centième, ou bien des pulvérisations aqueuses au phénosalyl.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE. — Souvent réduite à sa plus simple expression, la thérapeutique médicamenteuse varie avec la forme clinique revêtue par les oreillons.

Forme légère. — Le plus ordinairement les soins hygiéniques suffisent, surtout chez l'enfant, pour mener à guérison les oreillons.

Cependant, pour peu que la région parotidienne soit spontanément douloureuse, ou que la déglutition, la parole la rendent douloureuse, il faudra songer à intervenir. Avec une couche d'**ouate** enveloppez le cou, les joues et les oreilles de l'enfant, afin d'assouplir par une chaleur modérée la tension des parties œdématiées ; dans le même but, doublez d'une épaisse **compresse humide et chaude** cet enveloppement ouaté. Mais **abstenez-vous de pommade mercurielle, belladonée ou non** ; la localisation parotidienne de l'infection risquerait de favoriser l'apparition d'une stomatite. Si un liniment est nécessaire pour la forme, prescrivez :

Laudanum	5 grammes
Baume tranquille	40 grammes
Cérat de Galien	5 grammes

et oignez une fois par jour seulement la région.

La douleur est-elle plus vive, songez à **l'antipyrine**, à **l'aspirine**, qui atténueront mieux que les moyens externes.

Forme grave. — Quoique très rare, cette forme peut cependant se présenter, caractérisée par de l'hyperthermie, des phénomènes nerveux, soit qu'elle accompagne l'orchite, soit qu'elle la précède de plusieurs jours.

Comme dans toutes les manifestations ataxo-adynamiques, les **bains froids** sont la médication héroïque pour calmer et réfréner le système nerveux déréglé. Plongez le malade dans un bain à 28° jusqu'à l'apparition d'un petit frisson, ou bien, si cette température taquine les opinions de l'entourage, mettez-le pour vingt minutes dans un bain à 36° et maintenez-lui des compresses d'eau froide sur la tête. Il faudra répéter ce bain toutes les trois heures, tant que dureront les symptômes nerveux, qui bien souvent ne sont que passagers.

L'hyperthermie cessant, c'est l'hygiène et le traitement de la forme légère qui feront les frais de la thérapeutique consécutive.

Orchite ourlienne. — Qu'elle se soit installée à grand fracas ou qu'elle ait paru sans bruit, l'orchite doit être traitée de la même façon.

D'abord, **le repos au lit est de rigueur**. Puis, sous les bourses, vous placez, portant sur les cuisses, une planchette ou une feuille de carton enveloppée de ouate, qui les maintiendra relevées ; et l'on pratique sur les testicules d'une main légère des **onctions** avec un liniment belladoné ou avec

Extrait aqueux d'opium	10 grammes
Onguent d'althœa	30 grammes
Baume tranquille Huile d'amandes douces	ãã 60 grammes

Appliquées plusieurs fois par jour, des **compresses** maintenues très chaudes et arrosées avec du laudanum, auraient le même bon résultat de calmer rapidement les douleurs vives. Un ou deux grands bains ou **bains de siège** par jour seront des adjuvants utiles. Les purgatifs et les diurétiques ne seront pas négligés.

Au bout de cinq à six jours, quand la fluxion abandonne les testicules, muni d'un bon **suspensoir** abondamment ouaté, le malade peut quitter le lit.

Contre l'atrophie consécutive des testicules, **il ne faut guère compter sur les divers moyens vantés comme susceptibles d'enrayer la régression.** Des courants continus pourront être essayés, des frictions au liniment de Rosen tentés, les aphrodisiaques, tels le phosphore, prescrits.

Acide phosphorique officinal Écorce de quinquina gris pulvérisé	ãã 1 gr.
Camphre pulvérisé	1 gr. 20
Extrait de cascarille	Q. S.

pour cent pilules, de quatre à dix par jour.

Le seul espoir réside en ce que la moitié de ceux qui ont fait de l'orchite récupèrent spontanément l'intégrité des fonctions génitales.

PROPHYLAXIE. — Les mesures prophylactiques prises contre les oreillons sont malheureusement souvent vaines, la contagiosité ayant à peu près certainement son maximum pendant la période d'incubation, avant que l'on ne fasse le diagnostic. Néanmoins ces mesures doivent être prises.

L'isolement, mesure hygiénique, est aussi une mesure prophylactique ; il sera prolongé quinze et vingt jours. Les malades atteints et le personnel qui les soigne ne communiqueront pas avec les autres personnes de la maison, sans ablutions préalables ou changement de vêtements.

Le contact direct paraissant nécessaire pour transmettre la contagion, les vêtements et les objets mobiliers du malade, son linge de corps durant la maladie, seront envoyés à la **désinfection** ; ses crachats, sa salive, véhicule probable du contage, seront recueillis dans des vases contenant du sulfate de cuivre au vingtième.

NOUVELLES & INFORMATIONS

L'Association des Anatomistes tiendra sa réunion annuelle à Liège, du 6 au 8 avril prochain, sous la présidence de M. le Professeur Swaen, MM. les Professeurs Julin, Van der Stricht, Francotte, vice-présidents.

Tous les anatomistes sont invités à y prendre part.

— Par arrêté en date du 25 mars 1903, il sera ouvert des **concours** pour quarante-trois places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine :

FACULTÉS	SECTION DE MÉDECINE Pathologie interne et médecine légale	SECTION de chirurgie et accouchements		SECTION des sciences anatomiques et physiologiques			SECTION des sciences physiques			TOTAUX
		Pathologie externe	Accouchements	Anatomie	Physiologie	Histoire naturelle	Physique	Chimie	Pharmacie	
Paris	5	3	1	1	»	»	»	1	»	11
Bordeaux	2	1	»	»	1	»	»	»	»	4
Lille	1	»	1	»	1	»	»	»	»	3
Lyon	2	2	»	1	»	1	»	1	1	8
Montpellier	1	1	1	1	»	»	1	»	»	5
Nancy	2	1	1	1	1	»	»	1	»	7
Toulouse	2	»	1	1	»	»	»	1	»	5
Total	15	8	5	5	3	1	1	4	1	43

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 17 décembre 1903, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) :

Le 11 mars 1904, pour la section de chirurgie et accouchements ;

Le 13 mai 1904, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Un registre est ouvert au secrétariat de chaque académie pour recevoir les inscriptions des candidats.

L'inscription ne pourra être admise que jusques et y compris :

Le 17 octobre 1903, pour le concours du 17 décembre 1903 ;

Le 11 janvier 1904, pour le concours du 11 mars 1904 ;

Le 13 mars 1904, pour le concours du 13 mai 1904.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Les **vacances de Pâques** commenceront le samedi soir 4 avril pour prendre fin le dimanche 19 avril ; les cours recommenceront le lundi 20 avril.

— La **quinzaine des Congrès**, ainsi qu'on pourrait appeler les vacances de Pâques de 1903, va s'ouvrir. M. le Ministre de l'Instruction publique a désigné, pour faire partie de la délégation de la Faculté de Médecine de Lille au Congrès de Madrid, MM. les professeurs FOLET, DUBAR, CHARMEIL, SURMONT, CARLIER, DEBIERRE, GAUDIER, VERDUN, AUSSET. Sont inscrits pour le Congrès de thalassothérapie de Biarritz : MM. les professeurs LEMOINE et LAMBRET. Au Congrès des Sociétés savantes de Bordeaux se rendront nombre des congressistes retour de Madrid et M. le professeur COMBEMALE. *L'Écho Médical du Nord* souhaite bon voyage à ses collaborateurs.

— Par arrêté ministériel, une promotion de classe dans leurs fonctions de chef de travaux ou de préparateurs auprès de la Faculté de médecine a été accordée à MM. les docteurs BÉDART et GÉRARD (Georges), professeurs agrégés. MM. LEPAGE, PAPEGAEY, TAVERNIER, GELLÉ. Nos compliments à ces collègues.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-P.-A. LANGLOIS, de Roisel (Somme), a soutenu, avec succès, le mardi 31 mars 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 126) intitulée : **L'asepsie et l'antisepsie inconscientes**.

M. A.-M.-A. DAVID, de Dunkerque (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 3 avril 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 127) intitulée : **Étude clinique de la splénomégalie dans la syphilis héréditaire précoce.**

M. A.-F.-G.-H. GANTOIS, de Bailleul (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 3 avril 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 128) intitulée : **Traitement des ulcérations tuberculeuses par le permanganate de potasse.**

M. H.-R. PAUCOT, de Saint-Omer (Pas-de-Calais), externe provisoire des hôpitaux de Lille, a soutenu, avec succès, le vendredi 3 avril 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 129) intitulée : **De l'absence totale congénitale du vagin et de son traitement opératoire.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MERLE, de La Rochelle (Charente-Inférieure) ; SEURE, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; SAINTON, de Paris ; CHANTELAUZE, de la Chaise-Dieu, ancien député de la Haute-Loire ; CAUCANAS, de Thézan-les-Beziers (Hérault).

WAGON, d'Oisy-le-Verger (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos bien sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de l'avortement, par le Dr Moïse MISRACHI, médecin du Consulat de France à Salonique, avec préface de M. le Dr J. A. DOLÉRIS, 1 vol. in-18 jésus de xx-364 pages (2e édition), broché, Librairie scientifique et littéraire, F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe).

Chapitre I. — Sujet et division de ce travail. — Notions générales indispensables.
Chapitre II. — Traitement prophylactique ou préventif de l'avortement en dehors de l'état de grossesse.
Chapitre III. — Traitement prophylactique de l'avortement pendant la grossesse.
Chapitre IV. — Traitement curatif de l'avortement évitable.
Chapitre V. — Traitement curatif de l'avortement inévitable. — Cas simples, non compliqués.
Chapitre VI. — Traitement curatif de l'avortement compliqué. — Avortement incomplet, rétention des annexes.
Chapitre VII. — Intervention méthodique par le curage de l'utérus. — Technique opératoire.
Chapitre VIII. — Indications de l'intervention par le curage. — Intervention tardive, précoce et préventive. — Contre-indications. — Statique et conclusion.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

3... Septième Année. N° 15 Le Numéro : **10** centimes. 12 Avril 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Durée de la vie du bacille d'Eberth dans la bière de Lille et action bactéricide de cette boisson sur ce microbe.

par MM. **H. Surmont**,
professeur de Pathologie interne et expérimentale à la Faculté
et **M. Dehon**, licencié ès-sciences.

On sait que la fièvre typhoïde, qui, d'ordinaire, n'existe à Lille que sous la forme de cas sporadiques espacés nettement, ou sous la forme de petites épidémies localisées, a fait, depuis deux ans, un retour offensif qui maintient en permanence, en ville et dans les hôpitaux, un nombre de cas plus élevé que d'ordinaire. Cette extension inaccoutumée du mal et la gravité particulière de l'épidémie ont rappelé l'attention de l'un de nous sur un fait qui l'avait déjà frappé, dans plusieurs cas observés chez des malades de la ville : à savoir l'impossibilité de trouver, dans les facteurs étiologiques exogènes ou autogènes habituellement invoqués, l'explication de certains cas de fièvre typhoïde. Dans ces conditions, nous nous sommes demandé si certaines substances alimentaires, d'ordinaire considérées comme inoffensives, et en particulier la bière, ne peuvent pas, dans des circonstances déterminées, devenir le véhicule du bacille et mériter d'être rangées à côté d'autres aliments qui, à l'ordinaire inoffensifs, peuvent aussi être des véhicules occasionnels d'infection : tels le lait, les huîtres, etc....

Nous avons institué les expériences qui étaient nécessaires pour résoudre ce problème. Il n'existe pas, en effet, dans les auteurs, de documents sur cette question. Le travail d'ALOÏS PICK (1), cité souvent comme pouvant donner une idée de l'action du vin et de la bière sur le microbe de la fièvre typhoïde, ne contient, en réalité, que des renseignements incomplets sur l'action de l'acide lactique, de l'acide acétique et des acides organiques, sur le bacille d'EBERTH ; mais, pas d'expériences sur le liquide complexe qu'est la bière en nature. D'autre part, la bière de Lille, avec ses conditions particulières de fabrication (fermentation haute), de conservation (barriques de 60 à 160 litres souvent insuffisamment désinfectées), et d'utilisation (bière bues jeunes ou vieilles ; bières de garde), forme un liquide particulier peu comparable aux bières allemandes, mais très comparable, par contre, aux bières qui forment le fond de la consommation courante dans le département du Nord et les régions limitrophes de la France et de la Belgique. Les conclusions auxquelles nous amènent nos recherches ont donc un intérêt pratique qui dépasse les limites de l'arrondissement de Lille.

I

DURÉE DE LA VIE DU BACILLE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LA BIÈRE DE LILLE.

La première question à résoudre était celle de la durée de la vie du bacille de la fièvre typhoïde dans la bière de

(1) PICK. — *Arch. für hyg.* T. 19, 1893, page 51.

Lille. Pour cela, nous nous sommes procuré douze échantillons de bières prélevées, non chez des brasseurs, mais, une fois dans une maison particulière, et onze fois dans des débits de boissons des quartiers populaires, de façon à expérimenter sur la bière, non pas telle qu'elle est livrée par le brasseur, mais telle qu'elle est bue par le consommateur.

Technique. — Deux échantillons de 25 centimètres cubes d'une même bière, dont l'un filtré aseptiquement dans le vide, sur bougie de porcelaine, et l'autre non filtré, étaient introduits dans des ballons PASTEUR stérilisés, puis, à l'aide d'une pipette stérilisée, additionnés chacun d'une goutte de culture jeune de 24 heures de bacille d'EBERTH ; ces bacilles provenaient, pour toutes nos expériences, d'une seule culture souche fournie par l'Institut PASTEUR de Lille.

La bière infectée était abandonnée à la température du laboratoire (15° à 17°). On prélevait ensuite, au moyen d'une boucle de platine à fil fin, toujours la même, une parcelle de bière qui était réensemencée dans des tubes de bouillon de cheval portés ensuite à l'étuve. Les réensemencements en bouillon avaient lieu une première fois, d'heure en heure, pour nous renseigner sur la durée approximative de la survie du bacille ; puis, lorsque ce premier résultat était connu, nous infections deux nouveaux échantillons, filtré et non filtré, de cette même bière déjà essayée et nous réensemencions en bouillon, toutes les deux ou trois minutes, dans l'heure où, d'après le précédent résultat, devait se produire la disparition du microbe.

Afin de nous assurer qu'au cours des manipulations successives il ne s'était ajouté au bacille d'EBERTH aucun microbe étranger susceptible de nous induire en erreur, nous avons eu recours au gélo-diagnostic de CHANTEMESSE, et, dans bon nombre de cas, au séro-diagnostic de WIDAL, pour vérifier l'identité des microbes de nos cultures en bouillon.

ECHANTILLONS Nos	DURÉE DE LA SURVIE DU BACILLE	
	Bière non filtrée	Bière filtrée (1)
1	26'	31'
2	45'	52'
3	56'	58'
4	77'	81'
5	1 heure 27'	6 heures 14'
6	1 heure 35'	
7	31 heures	entre 33 h. 1/2 et 3 h.
8	31 heures	36 heures 15'
9	33 heures	34 heures 25'
10	41 heures 30'	43 heures
11	59 heures 30'	64 heures 45'
12	67 heures	

(1) La filtration dans le vide enlève de la bière, non seulement les levures et les bactéries qui peuvent s'y trouver, mais encore tout l'acide carbonique, et partie des autres substances volatiles.

On voit par le tableau ci-dessus que *la durée de la vie du bacille d'Eberth* dans la bière de Lille a été, *dans les cinq sixièmes des cas, d'une heure et plus* et *qu'elle peut être*, dans certaines circonstances, *prolongée jusque près de trois fois vingt-quatre heures.* Il y a là un premier résultat important à enregistrer.

II

ANALYSE DE L'ACTION BACTÉRICIDE

En présence de la longueur de la survie du microbe, dans la bière, il était naturel de se demander si la bière, dans les premières heures de l'ensemencement, ne formait pas un milieu favorable à la multiplication du microbe : on sait en effet que certains milieux de culture utilisés en bactériologie, tel le bouillon de touraillons, sont fort analogues à la bière elle-même. Il suffisait, pour s'en rendre compte, de faire des numérations du bacille, à divers moments, après l'ensemencement dans la bière, en ayant soin de se servir d'une bière très favorable à la vie du microbe. Nous avons donc choisi, pour cette expérience, l'échantillon n° 12 ; et les numérations ont montré que, *dans les premières heures, il n'y a pas de multiplication du microbe, non plus que de destruction immédiate appréciable.*

Expérience. — Une goutte de culture de 24 heures de bacille d'EBERTH est diluée dans 10 centimètres cubes d'eau distillée sterilisée. Une goutte de cette solution est *immédiatement* prélevée et ensemencée dans 25 cc. de bière (échantillon n° 12). On fait aussitôt des boîtes de PÉTRI à la gélatine additionnée de deux centimètres cubes de sérum de cheval (1). Un second isolement est fait 2 heures 35 plus tard ; un troisième, après 34 heures. Les trois numérations, faites après 5 jours de séjour à l'étuve à gélatine, donnent les chiffres moyens suivants :

	Colonies par cc.	
Immédiatement après l'ensemencement	4.800	»
2 h. 35 plus tard	4.568	»
34 h. » plus tard	840	»

Le pouvoir bactéricide de la bière étant fonction de la composition chimique, en même temps que nous le déterminions, nous recherchions comparativement les principaux caractères chimiques de l'échantillon en expérience : acidité totale, acidité fixe, acidité volatile, degré alcoolique.

Pour l'analyse chimique, les méthodes habituellement employées dans l'industrie ont été utilisées. Le titrage des différentes acidités a été effectué par le procédé dit « à la touche », au moyen d'une solution décinormale de soude, avec le papier au tournesol sensible comme témoin. Le dosage des acidités fixe et volatile était ainsi fait : on évaporait au bain marie, jusqu'à consistance sirupeuse, 10 cc.

(1) M. Jean GAVELLE, Préparateur à l'Institut Pasteur de Lille, a observé que l'addition de sérum à la gélatine exerce sur le développement des colonies, une action favorisante très marquée. Cette particularité, non signalée dans les auteurs, permet de faire la numération beaucoup plus vite que sur la gélatine ordinaire.

de bière ; le reliquat était repris par quelques centimètres cubes d'eau distillée. La même opération, répétée trois fois de suite sur le même échantillon, le privait totalement de ses acides volatils. Par différence entre le chiffre de l'acidité totale et celui de l'acidité fixe fourni par le titrage du résidu de l'évaporation, on évaluait l'acidité volatile.

Le degré alcoolique des bières en expérience a été recherché par la distillation.

Les résultats de nos analyses chimiques sont condensés dans le tableau ci-dessous :

ÉCHANTILLONS N°s	DURÉE DE LA SURVIE DU BACILLE		Acidité totale °/₀₀ exprimée en SO^4H^2		Acidité fixe °/₀₀ exprimée		Acidité volatile °/₀₀ exprimée		Alcool °/₀ exprimé en volume
	Bière non filtrée	Bière filtrée	Bière non filtrée	Bière filtrée	en acide sulfurique	en acide lactique	en acide sulfurique	en acide acétique	
1	26'	31'	4.333	3.113	2.227	4.088	2.106	2.619	3.6
2	45'	52'	4.058	2.780	2.065	3.791	1.193	2.479	4.9
3	56'	58'	2.279	2.112	1.334	2.449	0.945	2.075	3.7
4	77'	81'	2.204	1.973	0.894	1.636	1.310	1.624	3.2
5	1 heure 27'	6 heures 14'	2.101	1.390	0.834	1.531	1.267	1.571	3.5
6	1 heure 35'		2.017						3.2
7	31 heures	entre 33 h. 1/2 et 34 h.	0.661	0.657	0.389	0.714	0.272	0.337	2.4
8	31 heures	36 heures 15'	1.192	0.636	0.389	0.714	0.730	0.907	3.2
9	33 heures	34 heures 25'	1.120	0.622	0.389	0.714	0.731	0.909	4.2
10	41 heures 30'	43 heures	1.008	0.778	0.278	0.510	0.730	0.907	4.1
11	59 heures 30'	64 heures 45'	0.722	0.576	0.278	0.510	0.444	0.552	2.2
12	67 heures		0.556						

Si l'on jette un coup d'œil sur les chiffres du tableau, on remarque que *la durée de la survie du bacille dans la bière est inversement proportionnelle à l'acidité totale du liquide*. Sur les 12 échantillons que nous avons essayés, un seul fit exception : le numéro 7 ; mais les renseignements que nous avons recueillis sur l'origine et le mode de fabrication de cet échantillon de bière nous donnent toutes raisons de croire qu'il contenait quelque antiseptique, bien que nous n'en ayions pas fait la recherche chimique.

L'influence essentielle et probablement exclusive des acides de la bière, au point de vue de son pouvoir bactéricide, est confirmée par le fait suivant : l'échantillon N° 2, filtré aseptiquement, qui tuait le bacille typhique au bout de 52 minutes, et dont l'acidité totale atteignait 2,78, fut additionné d'un excès de carbonate de chaux et ensemencé de bacille d'Eberth le 12 février.

Cette bière se montra typhoïgène jusqu'au 15 mars inclusivement.

Les faits précédents établis, nous avons cherché à préciser l'action isolée et respective des différents facteurs susceptibles de contribuer au pouvoir bactéricide de la bière totale.

Il était facile de chasser l'*acide carbonique* dissous, par l'agitation suffisamment prolongée du liquide, sans modifier en rien d'autre la composition de la bière. Dans ces conditions, on constate que le pouvoir bactéricide de l'acide carbonique, dans la bière, est nul. Ainsi l'échantillon n° 6, non privé de son acide carbonique, a pour acidité totale 2,017 ; il empêche la survie du bacille au-delà de 1 h. 35. Il en est de même après l'expulsion de l'acide carbonique, alors que l'acidité totale est devenue égale à 1,907.

Pour les autres éléments, nous n'avons pu songer à éliminer, successivement, d'une bière donnée, chacun des agents supposés toxiques. Cette méthode eût été, à coup sûr, la plus rationnelle, si elle eût été applicable. Mais, pratiquement, comment séparer de la bière chacun de ses éléments en particulier : acides organiques, alcool, phosphates, etc..., sans altérer profondément la constitution du liquide.

Nous avons donc tourné la difficulté en ajoutant à des échantillons de bière, dont le pouvoir bactéricide et les caractères chimiques étaient connus, des proportions variables d'alcool, d'acide lactique, d'acide acétique, de phosphate acide de calcium. Ces modifications qualitatives étant apportées au chimisme de la bière, nous ensemencions cette dernière de bacille typique et nous déterminions les variations que pouvait avoir subies son pouvoir bactéricide.

De nos expériences, il résulte que l'*alcool* ne semble pas pouvoir intervenir, même partiellement, dans la destruction du bacille typhique introduit dans la bière : par

exemple, dans une expérience, nous avons constaté que trois fractions de l'échantillon n° 4 additionnées : l'une de 1 °/₀, la seconde de 2 °/₀, la troisième enfin de 5 °/₀ d'alcool et dont le degré alcoolique était ainsi porté à 4,2, 5,2 et 8,2 °/₀, n'avaient subi aucune exagération de leur pouvoir antiseptique. On sait que les bières de Lille ne contiennent pas plus de 5 °/₀ d'alcool, au maximum.

L'*acide phosphorique* ajouté, sous forme de phosphate acide de calcium, à un échantillon qui limitait à 55 minutes la durée de l'existence du bacille typhique, s'est montré relativement peu nocif puisque, pour des doses de phosphate de 0 gr. 50 ; 1 gr. ; et 2 gr. 50 °/₀₀, ajoutées à l'acide phosphorique existant déjà dans la bière, la survie du bacille n'a été diminuée que de 8 minutes et abaissée à 47 minutes pour les deux premières doses ; que de 12 minutes et abaissée à 43 minutes, pour la troisième. Il est bon, au reste, de faire remarquer que, déjà, par l'apport de la dose de 0 gr. 50 °/₀₀ de phosphate, nous doublions la quantité normale d'acide phosphorique que renferment la plupart des bières. Par conséquent, étant donné la faible teneur de la bière en acide phosphorique, nous devons conclure que ce dernier intervient peu, même à l'état de sel acide, dans l'action antiseptique de cette boisson.

Beaucoup plus marquée est la puissance antiseptique de l'acide lactique, ainsi qu'en témoignent les faits suivants :

L'augmentation, même en faibles proportions, de l'acide lactique dans l'échantillon N° 5, diminue d'une façon très notable la survie du bacille typhique : la mort se produit, en effet, après 68 minutes, pour l'addition d'acide lactique à la dose de 1 °/₀₀, et après 37 minutes, pour l'addition d'acide lactique à la dose de 2 et 3 °/₀₀ ; tandis que l'échantillon témoin, non modifié, ne se montre définitivement meurtrier qu'au bout de 1 heure 25.

Or, du chiffre 1,531 de l'acidité fixe de l'échantillon N° 5, défalquons par la pensée celui qui représente approximativement l'acide phosphorique qui intervient dans ce même coefficient, nous constatons que la proportion d'acide lactique contenue dans cet échantillon N° 5 était faible, par rapport à celle de l'échantillon N° 1, dont l'acidité fixe est évaluée par le chiffre fort : 4,088.

Donc, l'addition de notre quantité moyenne (2 gr. °/₀₀) d'acide lactique et même celle de 3 °/₀₀, dans l'échantillon N° 5, choisi à dessein à cause de sa faible acidité lactique, n'ont pas été exagérées, si on compare l'acidité fixe artificiellement obtenue (4,531 au maximun) à l'acidité réelle de certaines bières. Et, puisque dans les conditions expérimentales où nous sommes placés, ces conditions se rapprochant sensiblement de la réalité des faits, l'acide lactique s'est montré un bon agent antiseptique vis-à-vis du bacille typhique, nous devons admettre qu'il intervient, en général, pour une part active, dans le pouvoir bactéricide de la bière.

La même conclusion s'impose en ce qui concerne l'acide acétique ; car, pour des doses additionnelles de 1 °/₀₀, 3 °/₀₀, 5 °/₀₀, la destruction du bacille d'EBERTH survient respectivement au bout de 33 minutes, 21 minutes, 12 minutes, dans l'échantillon n° 4 qui, non acidifié, entretenait la survie de l'agent infectieux pendant 77 minutes.

Enfin, faisons remarquer qu'à côté des acides de fermentation normaux de la bière saine (acides lactique et acétique), il peut, dans cette même boisson typhoïgénisée, se développer, aux dépens du maltose, et sous l'action fermentative du bacille d'EBERTH, une nouvelle quantité d'acides lactique et acétique, en même temps que de l'acide butyrique. *Ces acides secondairement formés* ajoutent naturellement leur action toxique au pouvoir bactéricide primitif de la bière, vis-à-vis de l'agent qui leur donne naissance. L'expérience suivante met ce phénomène en évidence. Le 20 février, 21 cc. de l'échantillon n° 11 filtré aseptiquement, sont neutralisés par de la soude en solution déci-normale. Des ensemencements de cette bière neutralisée sont faits en bouillon, tous les deux jours, et restent positifs jusqu'au 2 mars inclusivement. Les deux jours suivants, les ensemencements sont négatifs. A ce moment, il s'est développé, dans le liquide neutralisé exactement le 20 février, une acidité totale de 1,112 °/₀₀, qui ne saurait être attribuée qu'aux acides de fermentation produits sous l'influence du bacille typhique lui-même.

En résumé, interviennent surtout, et probablement exclusivement, dans l'action bactéricide de la bière par rapport au bacille d'Eberth qu'on lui ajoute : les acides lactique et acétique pour la plus grande part, et l'acide phosphorique pour une autre part beaucoup plus faible. Puis, si l'acidité primitive de la bière est assez faible pour permettre au microbe une survie un peu longue, ce dernier est capable d'augmenter, par sa propre action, l'acidité de son liquide nourricier, au point d'y rendre sa végétation ultérieure impossible.

Ces faits étaient à prévoir, d'après ce que l'on sait déjà de l'action de certains acides, acides organiques entre autres, sur la vie des microbes pathogènes, en particulier du bacille d'Eberth. Mais la bière est un liquide si complexe qu'il nous a semblé nécessaire de voir si les prévisions théoriques étaient vérifiées dans la réalité. On comprend au surplus l'intérêt de la question d'hygiène locale que nous nous étions posée, au sujet de la possibilité pour les bières mises en vente à Lille de transmettre aux consommateurs l'infection typhoïde.

III

Conclusions pratiques

Pour conclure, on peut se demander s'il découle de nos recherches quelques conclusions pratiques, au point de vue de l'étiologie de la fièvre typhoïde à Lille.

Un premier point est hors de conteste : c'est que la bière, telle qu'elle est fabriquée, constitue, au point de vue qui nous occupe, une boisson essentiellement hygiénique. Elle ne peut devenir typhoïgène que par l'addition ultérieure d'eau contaminée.

Cette addition pourrait se faire chez le brasseur, avant le transport à domicile ; mais les brasseurs n'ajoutent à la bière que de l'eau bouillie et, en tous cas, les quelques jours de repos qui sont nécessaires à la clarification du liquide, avant la mise en perce du tonneau, suffiraient à écarter tout danger. On peut donc affirmer que la bière consommée telle qu'elle est livrée par le brasseur donne toute sécurité. Il est certain, d'autre part, que les bières très acides, dites à Lille « bières de saison », ne font courir au consommateur aucun risque d'infection par le bacille typhique.

Par contre, les bières consommées chez certains débitants, particulièrement « les petites bières » mises en vente dans les quartiers populeux d'où provenaient la plupart de nos échantillons très peu acides, peuvent devenir dangereuses.

Dans le cas où l'addition de l'eau se fait dans le tonneau, la bière peut rester dangereuse trois jours : or, la vente d'un tonneau dure souvent moins dans les cabarets.

Le mouillage extemporané est le plus pratiqué, car la bière étendue d'eau devient rapidement « plate ». Il est aussi le plus dangereux : que l'addition se fasse dans la canette de l'habitué ; dans le pot de la ménagère qui vient acheter sa boisson à chaque repas ; ou dans la carafe de la pension bourgeoise avec « bière à volonté ».

Il est donc bon que les médecins sachent que, dans certaines circonstances, la bière peut, comme le lait ou les huîtres, devenir le vecteur *occasionnel* de bacilles typhiques. Des recherches ultérieures établiront l'importance de ce facteur étiologique.

Influence sur la sécrétion biliaire des injections d'acide chlorhydrique dans l'intestin

par le docteur **Charles Dubois**
Moniteur de Physiologie à la Faculté de Médecine.

Pawlow et Dolinski (1) ont montré, il y a quelques années, que l'injection d'acide chlorhydrique dans le duodénum provoque la sécrétion du suc pancréatique. MM. Wertheimer et Lepage (2), en étudiant le mécanisme de cette action, ont trouvé qu'elle persistait encore, même quand on a séparé complètement les viscères abdominaux des centres encéphalo-médullaires et ont pensé que, dans ces conditions, elle avait son centre réflexe dans les ganglions du sympathique.

(1) *Arch. des Sciences biologiques* de St-Pétersbourg, III, p. 399.
(2) *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1901, n° 3, p. 335 et p. 363.

Vers la même époque, nous avons, sur les conseils de notre maître M. Wertheimer, étudié l'influence des mêmes injections sur la sécrétion biliaire.

Il y avait d'abord lieu de rechercher si l'acide agit vraiment sur la bile ; avant nous, Rutherford (1) avait bien signalé l'action cholagogue des injections acides dans le duodénum, mais il n'avait fait que deux expériences dont une seule avec résultat positif, et d'autre part, Bruno (2), un élève de Pawlow, en introduisant des solutions d'acide chlorhydrique dans l'estomac, n'avait obtenu aucun effet sur la sécrétion biliaire. Nous avons donc, dans une première série d'expériences, recherché l'action des injections acides sur l'écoulement de la bile.

Expériences. — Dans ces expériences, voici comment on procédait : l'animal étant curarisé, on pratiquait une incision sur la ligne blanche, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde. Par cette incision, on allait à la recherche du canal cystique sur lequel on plaçait une ligature. On recherchait ensuite le canal cholédoque, dans lequel on introduisait une canule. Enfin, on plaçait un fil sur le duodénum.

Après avoir recueilli la bile pendant un certain temps, de 10 en 10 minutes, on injectait dans le duodénum 10 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 5 pour 1000. On recueillait enfin la bile après l'injection.

Voici quelques-unes de ces expériences :

Expérience I. — 19 décembre 1899. Chien de 2 kg. 700. Curarisé avec 3 centimètres cubes d'une solution de curare au 1/100e.
Trachéotomie et respiration artificielle.
5 h. 15. Ligature du canal cystique.
5 h. 20. Introduction d'une canule en verre dans le canal cholédoque. La bile apparaît aussitôt à l'extrémité de la canule.
5 h. 22. Fil sur le duodénum.
On commence à recueillir la bile à 5 h. 22.
De 5 h. 22 à 5 h. 32 on recueille 1,8 centimètre cube.
» 5 h. 32 à 5 h. 42 » 0,5 »
A 5 h. 44, on fait une injection de 10 centimètres cubes de la solution d'Hcl à 5 pour 1,000 dans le duodénum.
De 5 h. 44 à 5 h. 54 on recueille 1.3 centimètre cube.
» 5 h. 54 à 6 h. 04 » 0,75 »
» 6 h. 04 à 6 h. 14 » 0,25 »

Expérience II. — 27 décembre 1899. Chien de 3 kilogr. Curarisé avec 3 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e.
Trachéotomie et respiration artificielle.
4 h. 55. Ligature du canal cystique.
5 h. 05. Introduction d'une canule dans le cholédoque. La bile apparaît aussitôt à l'extrémité de la canule.
5 h. 10. Fil sur le duodénum.
On commence à recueillir la bile à 5 h. 12.
De 5 h. 12 à 5 h. 22 on recueille 1 centimètre cube.
» 5 h. 22 à 5 h. 32 » 0,7 »
» 5 h. 32 à 5 h. 42 » 0,55
A 5 h. 43, on fait une injection de 10 centimètres cubes

(1) Transact. of the Roy. Soc. f. Edinburgh, t. 29, p. 191.
(2) Arch. des sc. biologiques de St-Pétersbourg, 1899, t. VII, p. 87.

de la solution d'Hcl à 5 pour 1000 dans le duodénum. La durée de l'injection a été de 1 minute.

De 5 h. 44 à 5 h. 54 on recueille 0,75 centimètre cubes.
» 5 h. 54 à 6 h. 04 » 0,7 »
» 6 h. 04 à 6 h. 14 » 0,35 »
» 6 h. 14 à 6 h. 24 » 2 gouttes.

Expérience III. — 10 janvier 1900. Chien de 3 kg. 400, curarisé avec 3 centimètres cubes 1/2 de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Les opérations préliminaires sont les mêmes que dans les expériences précédentes.

La mise en place de la canule est terminée à 5 h. 32, la bile apparaît à l'extrémité à 5 h. 35.

On commence à recueillir à 5 h. 46.

De 5 h. 46 à 5 h. 56 on recueille 0,6 centim. cubes de bile.
» 5 h. 56 à 6 h. 06 » 0,4 »
» 6 h. 06 à 6 h. 16 » 0,3 »

A 6 h. 18, on injecte dans le duodénum 10 centimètres cubes de la solution d'Hcl à 5 pour 1000. Durée de l'injection : 1 minute.

De 6 h. 19 à 6 h. 29 on recueille 1 centimètre cube.
» 6 h. 29 à 6 h. 39 » 0,7 »
» 6 h. 39 à 6 h. 49 » 0,3 »

Ces expériences dont le résultat a été presque constamment positif (il a été négatif une seule fois sur six) démontrent nettement que les injections d'acide chlorhydrique dans le duodénum provoquent l'écoulement de la bile; mais pour échapper à cette critique, que l'accélération de la secrétion biliaire pourrait bien être due simplement à l'absorption de l'acide au niveau du duodénum, nous avons recherché l'action des injections acides sur un autre segment de l'intestin, sur l'iléon.

Nous avons injecté la solution d'acide chlorhydrique comparativement dans l'iléon, à quelques centimètres du cœcum d'une part, et d'autre part dans le duodénum, ou, comme l'ont fait MM. Wertheimer et Lepage pour la sécrétion pancréatique, dans le jéjunum. Or, dans nos expériences, les injections dans l'iléon se sont constamment montrées inefficaces; il est bien évident que si l'action de l'acide était due uniquement à son absorption, on aurait obtenu, après injection dans l'iléon, la même accélération de la sécrétion biliaire qu'après injection dans le duodénum ou le jéjunum.

La technique de ces expériences était la même que pour les précédentes : il y avait à rechercher en plus l'extrémité inférieure de l'iléon qu'on liait au voisinage du cœcum, et à placer un fil sur l'iléon à quelque distance de cette ligature. Enfin, lorsqu'on faisait l'injection d'acide dans le jéjunum, on avait soin de lier l'intestin à quinze centimètres environ au-dessous du duodénum et on plaçait un fil sur le jéjunum. Ajoutons que l'on recueillait la bile de cinq en cinq minutes.

Voici quelques-unes de ces expériences :

Expérience IV. — 20 février 1900. Chien de 3 kg. 500. Curarisé avec 4 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

3 h. 40. Ligature du canal cystique.

3 h. 46. Introduction d'une canule dans le cholédoque.

3 h. 50. Ligature de l'extrémité inférieure de l'iléon, près du cœcum. Fil bleu sur l'iléon. Fil blanc sur le duodénum.

On commence à recueillir à 3 h. 55.

De 3 h. 55 à 4 h. on recueille 8 gouttes de bile.
» 4 h. à 4 h. 05 » 9 »
» 4 h. 05 à 4 h. 10 » 10 »
» 4 h. 10 à 4 h. 15 » 12 »
» 4 h. 15 à 4 h. 20 » 12 »

A 4 h. 20, on injecte dans l'iléon (fil bleu) 20 centimètres cubes de la solution d'acide chlorhydrique à 5 pour 1000. Durée de l'injection : une minute.

De 4 h. 21 à 4 h. 26 on recueille 8 gouttes de bile.
» 4 h. 26 à 4 h. 31 » 9 »
» 4 h. 31 à 4 h. 36 » 8 »
» 4 h. 36 à 4 h. 41 » 8 »

A 4 h. 44, on injecte dans le duodénum la même quantité de solution d'acide chlorhydrique à 5 pour 1000. Durée de l'injection : une minute.

De 4 h. 45 à 4 h. 50 on recueille 11 gouttes de bile.
» 4 h. 50 à 4 h. 55 » 13 »
» 4 h. 55 à 5 h. » 11 »
» 5 h. à 5 h. 05 » 8 »
» 5 h. 05 à 5 h. 10 » 7 »

Expérience V. — 10 mars 1900. Chien de 6 kil. 500. Curarisé avec 8 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique. Introduction d'une canule dans le cholédoque. Ligature de l'extrémité inférieure de l'iléon, près du cœcum. Fil bleu sur l'iléon. Ligature sur le jéjunum à environ 20 centimètres cubes du duodénum. Fil rouge sur le jéjunum. Fil blanc sur le duodénum.

Toutes ces opérations sont terminées à 4 h. 30 et on commence à recueillir à 4 h. 35.

De 4 h. 35 à 4 h. 40 on recueille 12 gouttes de bile.
» 4 h. 40 à 4 h. 45 » 12 »
» 4 h. 45 à 4 h. 50 » 10 »

A 4 h. 50 injection de 10 centimètres cubes de la solution d'acide chlorhydrique à 5/1000 dans l'iléon (fil bleu). Durée de l'injection : une minute.

De 4 h. 51 à 4 h. 56 on recueille 5 gouttes de bile.
» 4 h. 56 à 5 h. 01 » 7 »
» 5 h. 01 à 5 h. 06 » 5 »

A 5 h. 06, — même injection dans le jéjunum (fil rouge). Durée : une minute.

De 5 h. 07 à 5 h. 12 on recueille 5 gouttes.
» 5 h. 12 à 5 h. 17 » 10 »
» 5 h. 17 à 5 h. 22 » 9 »
» 5 h. 22 à 5 h. 27 » 7 »

A 5 h. 29, même injection dans le duodénum (fil blanc). Durée : une minute.

De 5 h. 30 à 5 h. 35 on recueille 8 gouttes.
» 5 h. 35 à 5 h. 40 » 9 »
» 5 h. 40 à 5 h. 45 » 6 »
» 5 h. 45 à 5 h. 50 » 5 »

Il est à remarquer que dans cette expérience, après une action très nette de l'injection d'acide dans le jéjunum, une nouvelle injection, dans le duodénum, est restée inefficace.

Expérience VI. — 15 mars 1900. Chien de 6 kgs. Curarisé avec 6 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Même préparation que dans l'expérience V.

Les opérations préliminaires sont terminées à 3 h. 20.

On commence à recueillir à 3 h. 25.

De 3 h. 25 à 3 h. 30 on recueille 24 gouttes de bile.
» 3 h. 30 à 3 h. 35 » 21 »
» 3 h. 35 à 3 h. 40 » 20 »

A 3 h. 40, injection de 10 centimètres cubes de la solution d'acide chlorhydrique dans l'iléon (fil bleu). Durée : 1 minute.

De 3 h. 41 à 3 h. 46 on recueille 14 gouttes.
» 3 h. 46 à 3 h. 51 » 14 »
» 3 h. 51 à 3 h. 56 » 15 »

A 3 h. 56. même injection dans le jéjunum (fil rouge). Durée : 1 minute.

De 3 h. 57 à 4 h. 02 on recueille 15 gouttes.
» 4 h. 02 à 4 h. 07 » 20 »
» 4 h. 07 à 4 h. 12 » 16 »
» 4 h. 12 à 4 h. 17 » 13 »

A 4 h. 17, même injection dans le duodénum ; durée : 1 minute.

De 4 h. 18 à 4 h. 23 on recueille 13 gouttes de bile.
» 4 h. 23 à 4 h. 28 » 15 »
» 4 h. 28 à 4 h. 33 » 11 »
» 4 h. 33 à 4 h. 38 » 10 »

Nous avons fait huit expériences de ce genre : dans aucun cas nous n'avons obtenu d'accélération de la sécrétion biliaire après injection dans l'iléon. L'injection dans le duodénum ou dans le jéjunum au contraire a donné une accélération très marquée dans quatre de nos expériences.

Nous pouvons donc conclure de ce qui précède, que :

1° L'injection d'acide chlorhydrique dans le duodénum ou dans le jéjunum active la sécrétion biliaire.

2° Cette action n'est pas due à l'absorption de l'acide par les vaisseaux. Une excitation spéciale est nécessaire, et elle ne peut s'exercer qu'au niveau des parties supérieures de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum).

Il était intéressant de rechercher la nature de cette excitation spéciale : partant de cette idée qu'elle était probablement due à une action réflexe, nous nous sommes demandé si le centre de cette action réflexe avait son siège dans l'axe gris ou dans les ganglions du sympathique. Nous avons, pour élucider cette question, répété nos expériences sur des animaux chez lesquels nous avions préalablement sectionné les pneumogastriques au cou et les sympathiques dans le thorax : notre intention était de supprimer ainsi une partie au moins des connexions entre les organes abdominaux et le névraxe, et de voir si dans ces conditions, l'injection d'acide dans le duodénum agissait encore sur la sécrétion biliaire.

La technique suivie dans ces expériences était la suivante : l'animal étant curarisé, la trachéotomie faite et la respiration artificielle établie, on sectionnait d'abord les pneumogastriques au cou, puis les sympathiques dans le thorax ; pour couper ces derniers on faisait une incision sur la ligne médiane le long du rachis, et on réséquait habituellement l'extrémité postérieure de la huitième ou de la neuvième côte à droite et à gauche. Les autres opérations (ligature du canal cystique, introduction de la canule dans le cholédoque, etc.) se faisaient comme nous l'avons précédemment indiqué.

Voici quelques-unes de ces expériences :

Expérience VII. — 31 janvier 1900. Chien de 4 kg. 700, curarisé avec 7 centimètres de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Section des sympathiques dans le thorax et des pneumogastriques au cou :

Ligature du canal cystique. Introduction d'une canule dans le cholédoque. Ligature de l'extrémité inférieure de l'iléon, près du cæcum. Fil bleu sur l'iléon. Fil blanc sur le duodénum.

Les opérations préliminaires sont terminées à 5 h. 30.

On commence à recueillir à 5 h. 35.

De 5 h. 35 à 5 h. 40 on recueille 0,25 centim. cube de bile
» 5 h. 40 à 5 h. 45 » 0,2 »
» 5 h. 45 à 5 h. 50 » 0,25 »
» 5 h. 50 à 5 h. 55 » 0,225 »

A 5 h. 58, injection dans l'iléon (fil bleu) de 10 centimètres cubes de la solution d'acide chlorhydrique à 5 pour 1000. Durée : environ deux minutes.

De 6 h. 00 à 6 h. 05 on recueille 0,1 centim. cube de bile.
» 6 h. 05 à 6 h. 10 » 0,075 »
» 6 h. 10 à 6 h. 15 » 2 gouttes.

A 6 h. 19, même injection dans le duodénum (fil blanc). Durée : une minute.

De 6 h. 20 à 6 h. 25 on recueille 0,075 de bile.
» 6 h. 25 à 6 h. 30 » 0,225 »
» 6 h. 30 à 6 h. 35 » 0,15 »
» 6 h. 35 à 6 h. 40 » 0,125 »

Expérience VIII. — 7 février 1900. Chien de 3 kg. 500 curarisé avec 4 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Légère chloroformisation pendant la durée des opérations préliminaires. Ces opérations (section des pneumogastriques au cou, des sympathiques dans le thorax, etc.), sont terminées à 4 h. 35.

On commence à recueillir la bile à 4 h. 40.

De 4 h. 40 à 4 h. 45 on recueille 9 gouttes.
» 4 h. 45 à 4 h. 50 » 8 »
» 4 h. 50 à 4 h. 55 » 8 »
» 4 h. 55 à 5 h. » 7 »

A 5 h. 04, injection dans l'iléon (fil bleu) de 10 centimètres cubes de la solution d'Hcl à 5 pour 1000. Durée de l'injection : une minute.

De 5 h. 05 à 5 h. 10 on recueille 7 gouttes.
» 5 h. 10 à 5 h. 15 » 7 »
» 5 h. 15 à 5 h. 20 » 7 »

A 5 h. 20, même injection dans le duodénum (fil blanc) : Durée : une minute.

De 5 h. 21 à 5 h. 26 on recueille 8 gouttes.
» 5 h. 26 à 5 h. 31 » 11 »
» 5 h. 31 à 5 h. 36 » 12 »
» 5 h. 36 à 5 h. 41 » 11 »
» 5 h. 41 à 5 h. 46 » 9 »

Expérience IX. — 22 février 1900. Chien de 6 kg. 500, curarisé avec 8 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100e. Trachéotomie et respiration artificielle.

Légère chloroformisation pour opérations préliminaires.

Section des pneumogastriques au cou et des sympathiques dans le thorax.

Ligature du canal cystique. Canule dans le cholédoque.

Ligature sur l'iléon, au voisinage du cæcum, et fil bleu sur l'iléon.

Fil blanc sur le duodénum.

Toutes ces opérations sont terminées à 3 h. 30.

On commence à compter à 3 h. 35.

De 3 h. 35 à 3 h. 40 on recueille 10 gouttes de bile
» 3 h. 40 à 3 h. 45 » 11 »
» 3 h. 45 à 3 h. 50 » 11 »
» 3 h. 50 à 3 h. 55 » 10 »

A 3 h. 58, injection de 20 centimètres cubes de la solution d'Hcl à 5 pour 1000 dans l'iléon (fil bleu). Durée : deux minutes.

De 4 h. 00 à 4 h. 05 on recueille 6 gouttes.
» 4 h. 05 à 4 h. 10 » 6 »
» 4 h. 10 à 4 h. 15 » 7 »
» 4 h. 15 à 4 h. 20 « 5 »

A 4 h. 23, même injection dans le duodénum (fil blanc).

De 4 h. 25 à 4 h. 30 on recueille 13 gouttes.
» 4 h. 30 à 4 h. 35 » 20 »
» 4 h. 35 à 4 h. 40 » 15 »
» 4 h. 40 à 4 h. 45 » 14 »
» 4 h. 45 à 4 h. 50 » 11 »

Sur douze expériences de ce genre, nous avons obtenu cinq fois un résultat positif, c'est-à-dire que cinq fois chez des animaux dont nous avions sectionné les pneumogastriques au cou et les sympathiques dans le thorax, nous avons eu une accélération de la sécrétion biliaire sous l'influence de l'injection d'acide chlorhydrique dans le duodénum. Pourrons-nous conclure de là que cette action de l'acide est indépendante du système nerveux central ? La démonstration n'est pas suffisante et reste encore à compléter ; il eût fallu, en effet, pour séparer complètement les viscères abdominaux des centres encéphalo-médullaires faire l'ablation de la moelle après avoir sectionné les pneumogastriques et les sympathiques. Nous nous proposons du reste de revenir sur ce sujet.

Depuis que nos expériences ont été faites, Bayliss et Starling (1) ont cherché à montrer que l'action de l'acide sur la sécrétion pancréatique s'exerce par l'intermédiaire d'une substance « la sécrétine » produite dans l'intestin et passant par absorption dans le sang : la découverte de ce fait a été le point de départ de toute une série de travaux semblables sur la sécrétion biliaire. C'est ainsi que l'on a obtenu une augmentation de cette sécrétion en injectant la sécrétine, soit dans la saphène (MM. Victor Henri et Portier) (2), soit dans une veinule mésentérique (MM. Enriquez et Hallion) (3). Enfin, tout récemment, ces derniers auteurs (4) ont rapporté à la Société de Biologie des expériences analogues aux nôtres quoique moins complètes, et qui ont abouti aux mêmes résultats.

Enfin, nous devons signaler que nous avons fait avec le chloral les mêmes recherches sur la sécrétion biliaire ; ces recherches feront l'objet d'un prochain travail.

(1) The mechanism of pancreatic secretion. *Journal of Physiology*, vol. XXVIII nº 5, september 12, 1902, p. 325.
(2) Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 1902, p. 620.
(3) La *Presse médicale* 1903, nº 7, p. 103.
(4) Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 1903, p. 234.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 mars 1903

Présidence de M. Surmont, vice-président.

Ostéomyélite post-variolique

M. **Debeyre,** interne, lit une observation sous ce titre (*Sera publiée*).

Ostéopériostites post-varioliques

MM. **Ingelrans** et **Taconnet**, sur plus de cinq cents varioleux (femmes et enfants), soignés dans le service de M. Combemale, ont constaté trois fois des lésions osseuses consécutives à l'infection variolique.

Une malade de 27 ans, arrivée à la phase de dessiccation le 21 avril, a présenté à ce moment un abcès prétibial à staphylocoques qui a été incisé. Le stylet conduisait sur la face antéro-externe du tibia dénudé. Autour de l'abcès, on sentait un épaississement du périoste. Guérison.

Un enfant, d'un an, guéri de la variole, a présenté quelques jours après, un adéno-phlegmon du cou, incisé le 23 juillet. Le 25, incision d'un trajet fistuleux d'origine osseuse. Le stylet conduit sur le radius droit dont la surface est épaissie.

Une femme de 30 ans, à la phase de dessiccation, a un abcès sus-claviculaire gauche assez volumineux. On l'incise, on draine ; le stylet arrive sur la clavicule dénudée. — Mort deux mois après par septicémie chronique.

Ce sont là trois faits similaires de lésions suppurées ostéopériostiques intermédiaires, comme gravité, à l'ostéomyélite d'une part et à la périostite varioleuse de Barié d'autre part.

M. **Combemale** dit que ces ostéites sont rares, car il n'en a pas vu une seule sur trois cents cas en 1891.

M. **Oui** pense que certaines de ces complications surviennent parfois tardivement quand le malade est sorti de l'hôpital. Ceci expliquerait leur apparente rareté.

M. **Surmont** demande à quel moment Barié a vu la périostite varioleuse.

M. **Ingelrans.** — Dans la cinquième ou sixième semaine de la maladie.

Grossesse trigémellaire

M. **Loubry**, interne. — Il nous a été donné, il y a quelque temps, d'assister à un accouchement trigémellaire. Comme l'accouchement de trois jumeaux est peu fréquent et que celui-ci a présenté certaines particularités, nous croyons intéressant de les communiquer à la Société.

Une femme de 33 ans entre à la Maternité le 2 mars dernier, vers 10 h. 1/2 du matin, souffrant depuis une heure à peine. L'abdomen est très volumineux, il existe de l'œdème sus-pubien assez accusé. Le liquide amniotique paraît abondant et présente une tension telle que le diagnostic par le simple palper abdominal est presque impos-

sible : on peut cependant avec le stéthoscope trouver deux points d'auscultation où les battements ne sont pas isochrones.

Le toucher permet de pénétrer dans le col qui est à peine effacé, la poche des eaux est tendue, je ne sens rien derrière les membranes. L'examen s'arrête là : donc diagnostic de grossesse double probable, mais je ne peux pas faire le diagnostic de la présentation du premier fœtus, soit par le palper, soit par le toucher.

La poche des eaux se rompt vers midi, la dilatation est alors comme une petite paume de main ; malgré cette dilatation, la partie fœtale qui doit se présenter ne paraît pas descendre, elle semble retenue par un obstacle quelconque. Le bout de l'index atteint à peine une partie molle que je ne peux pas nettement distinguer. Je n'insiste pas. Le travail continue ; vers dix heures du soir, la femme commence à pousser.

Toute la paroi postérieure du vagin est prolabée, bouchant l'orifice vulvaire : derrière se trouve une partie fœtale profondément engagée : c'est un siège complet en position SI D avec procidence du cordon. Celui-ci ne présentant plus de pulsations, il convenait de procéder sans retard à l'extraction du fœtus, c'est ce que je fis immédiatement : les jambes étant défléchies, je tirai modérément, puis après dégagement successif des bras postérieur et antérieur et la manœuvre de Mauriceau, j'amenai un fœtus en état de mort apparente : quelques minutes de respiration artificielle avec frictions à l'alcool suffirent à le faire respirer à peu près normalement.

Ceci fait, après nettoyage des mains, je touchai la femme et sentis à travers le col largement ouvert une poche des eaux très tendue, mais sans aucune partie fœtale derrière. Avec beaucoup de précautions, de façon à ne pas laisser se produire de procidence, je crevai cette poche : faisant bouchon avec la main appliquée sur la vulve, j'empêchai le liquide amniotique, qui était très abondant, de s'écouler trop rapidement. Peu à peu je sentis une tête descendre, puis s'engager plus profondément : elle était en position droite.

Les précautions prises pour l'écoulement du liquide amniotique ne furent pas suffisantes, car je constatai bientôt de chaque côté de la tête une main, l'une sous le pubis, l'autre en arrière et à droite.

Ayant introduit la main droite dans le vagin, j'essayai de réduire ces deux mains : mais les contractions utérines se succédaient avec rapidité et je ne pus y parvenir : cependant je pus, profitant de l'occasion, faire une manœuvre spéciale. La tête en s'engageant dans l'excavation se plaçait en O S : or, l'on sait que l'expulsion du fœtus, dans cette position, est sinon difficile, du moins retardée, et je crus bon, pour ménager les forces de la malade, de faire tourner l'occiput vers la droite : je fis la rotation vers la droite, car j'avais constaté que la tête au détroit supérieur était en droite. Pour faire cette rotation, je pris la tête du bout des doigts, me servant de ceux-ci comme des cuillers d'un forceps, le pouce appliqué sur le pariétal gauche et les autres doigts sur le pariétal droit : je pus ainsi assez facilement ramener l'occiput en D T puis en D A. L'expulsion de ce deuxième fœtus eut lieu vers minuit 30, la tête s'étant dégagée toujours accompagnée des deux mains de l'enfant appliquées de chaque côté.

Le ventre était diminué notablement de volume, mais l'utérus, qui se contractait à chaque instant, me paraissait encore trop volumineux pour ne contenir qu'un placenta. La palpation ne me donna pas de renseignements, mais j'entendis avec le stéthoscope, au niveau de l'ombilic et un peu à droite, des battements rapides, bien frappés, évidemment ceux d'un troisième fœtus. Avant d'avertir la mère et pour assurer moi-même le diagnostic, je pratiquai le toucher et pus en effet sentir une poche des eaux intacte que je crevai immédiatement. Je constatai un siège décomplété mode des fesses en position droite.

L'engagement se fit normalement, puis quand le moment fut venu de dégager les jambes, je le fis ; le reste se passa sans incident : il était minuit 50 ; le travail avait eu une durée totale de plus de quinze heures.

La délivrance fut pratiquée vers une heure du matin.

Les enfants pesaient le premier 2290 gr., le deuxième 2300 gr., le troisième 2400 gr. : en tout 6990 gr. L'arrière-faix pesait 1470 gr.

La masse placentaire que je vous présente comprend une grosse masse principale où se rendent deux cordons, et une seconde plus petite avec un cordon : ces deux masses sont reliées par un pont très solide de membranes.

Les membranes forment trois poches bien distinctes.

La malade a eu dans les premiers jours qui ont suivi ce triple accouchement une élévation passagère de température : elle est sortie de la Maternité le onzième jour avec ses trois enfants : ceux-ci sont morts dans les cinq jours suivants. Je dois dire que pendant leur séjour dans le service, on les avait nourris au lait stérilisé, car la mère n'avait pas de lait.

La constitution de la mère et son état d'épuisement expliquent jusqu'à un certain point ces morts rapides. cette femme en était à sa cinquième grossesse depuis moins de huit ans et, chose à noter, son dernier enfant est âgé actuellement de onze mois. Si on ajoute à cela les moyens d'existence réservés aux petits ouvriers, on sera moins étonné de cette triste fin.

M. Oui. — Les cas de grossesse triple sont rares, ce cas est donc fort intéressant. M. Loubry a bien fait de pratiquer, en ce qui concerne le second fœtus, la transformation de l'O S. en O P., ce qui a abrégé la durée du travail. Mais, en ce qui concerne le premier fœtus, il aurait pu attendre

moins longtemps pour assurer son diagnostic de présentation. Il aurait peut-être pu intervenir plus vite et l'accouchement du premier fœtus eût été plus rapide.

Les enfants sont morts, car la mère, en état de misère physiologique, n'avait point de lait. C'était sa sixième grossesse. Aucune des accouchées de l'hôpital n'a d'ailleurs consenti à donner le sein à ces enfants, qui auraient très probablement vécu s'ils avaient pu avoir une nourrice.

Septicémie gangréneuse non gazeuse produite par le vibrion septique

M. **Le Fort** relate une observation de septicémie gangrèneuse. (*Sera publié*).

M. **Charmeil** a vu à Lyon plusieurs cas de gangrène gazeuse à l'époque où Chauveau étudia cette affection. On a devant soi un malade qui subit l'envahissement d'un emphysème progressif et généralisé. L'infiltration gazeuse amène une dyspnée extrême. Ces gaz sont des hydrocarbures qu'on peut enflammer. Leur présence caractérise l'infection par le vibrion septique : celui-ci donne des gaz dans les cultures.

M. **Le Fort**. — Dans les cultures, il y a toujours production de gaz. Mais ceux-ci peuvent manquer quand on fait l'inoculation aux animaux. La présence des gaz explique la marche très rapide de la gangrène. Ici, la rapidité a existé sans production gazeuse.

M. **Folet** a vu des gaz se produire au cours de la diphtérie des plaies. Le malade guérit après amputation. D'ailleurs, la gangrène gazeuse vraie peut guérir, même sans amputation du membre (Potherat).

M. **Charmeil**. — La gangrène avec gaz est distincte de la septicémie gazeuse. A Lyon, il y a vingt ans, les deux espèces existaient. L'épidémie était probablement due à la présence dans les salles de l'hôpital de microbes à virulence exaltée.

M. **Folet** dit qu'on appelait gangrène avec gaz celle qui guérissait et septicémie gazeuse celle dont on mourait.

M. **Surmont** rappelle qu'une patte de cobaye inoculée par le vibrion septique s'infiltre de gaz quand on met cette patte à l'étuve.

M. **Painblan** dit que l'inoculation du vibrion septique aux animaux amène toujours la production de gaz.

M. **Oui** fait remarquer que le développement du gaz n'est pas fatal. Il y a des infections puerpérales dues au vibrion septique sans production de gaz.

Grossesse gémellaire. — Hydropisie de l'amnios d'un seul œuf

M. **Oui**. — Tout dernièrement, notre confrère le docteur Desuet, d'Hersin-Coupigny, me priait de voir avec lui une de ses clientes, dont la grossesse présentait une marche des plus anormales, inquiétant fortement son entourage.

Je vis cette jeune femme le mardi 10 mars, dans l'après-midi, et l'examen que je pratiquai avec le docteur Desuet nous donna les résultats suivants :

Mme X... I pare, s'est mariée au mois de septembre 1902. Elle a été réglée pour la dernière fois à la fin de septembre, sans qu'elle puisse préciser exactement la date de cette dernière menstruation. Il semble, cependant, d'après les renseignements qu'elle donne, que les dernières règles ont duré du 20 au 25 septembre.

Les débuts de la grossesse ont été normaux ; mais, depuis cinq semaines environ, elle a remarqué que son ventre grossissait avec une extrême rapidité ; en même temps, elle avait des vomissements fréquents et des douleurs abdominales assez vives pour provoquer une insomnie des plus pénibles.

Une analyse d'urine demandée quelques jours auparavant par M. le docteur Desuet avait fait constater la présence d'une faible quantité d'albumine. La sécrétion urinaire était, de plus, peu abondante.

Constipation opiniâtre.

On est, dès le début de l'examen, frappé tout d'abord du volume considérable du ventre qui est notablement plus gros que celui d'une femme arrivée au terme de sa grossesse.

La peau, parsemée de vergetures, est tendue, luisante. Les veines sous-cutanées sont très développées, surtout dans la région sus-ombilicale.

Le palper fait constater la présence dans l'abdomen d'une énorme tumeur, de forme régulièrement ovoïde, mate dans toute son étendue, présentant une tension permanente sans aucun intervalle de relâchement, et nettement fluctuante. La limite supérieure de cette tumeur est à 35 centim. au-dessus du pubis. Il nous est, tout d'abord, impossible de percevoir aucune partie fœtale ; cependant, la palpation méthodique nous permet de sentir, au niveau de la fosse iliaque gauche, une petite partie très peu mobile, ressemblant fort à un pied.

Par le toucher, nous trouvons un col presque complètement effacé, largement perméable. Le doigt arrive sur des membranes qui ne sont pas tendues et à travers lesquelles on sent un fœtus en présentation du siège, que le doigt peut à peine mobiliser.

Nous nous arrêtons, dans ces conditions, au diagnostic suivant, sur lequel j'insisterai plus loin : grossesse gémellaire, avec hydramnios de celui des œufs qui occupe la partie supérieure de l'utérus. Avortement imminent. Prescription : repos, régime lacté absolu.

Les faits ont justifié ce diagnostic, ainsi que le montre la note suivante que je dois à l'amabilité de M. Desuet :

« Le travail a commencé après votre départ.

» A deux heures du matin, la dilatation était presque complète. A six heures, un fœtus mort, du poids de 200 grammes, était expulsé presque sans issue de liquide. Je ne me suis pas aperçu de la rupture de la poche, tellement il y avait peu de liquide.

» A six heures et demie, le second fœtus se présentait. Je rompis la poche en laissant ma main dans le vagin. *Issue d'une quantité formidable de liquide, inondant le parquet et traversant deux matelas*. Expulsion d'un fœtus de 300 grammes qui vécut quelques heures

» Inertie utérine. Délivrance par expression.

» Placenta unique avec deux poches et cordons à insertion marginale.

» *Suites de couches*. — L'urine, retirée le premier jour par cathétérisme, contient 1 gr. 50 d'albumine. Le 15 mars, il n'y a plus trace d'albumine dans l'urine.

» Pas de fièvre. »

Si je rapporte cette observation, c'est qu'il est rare de

rencontrer dès le cinquième mois de la grossesse, une hydropisie de l'amnios aussi considérable. Le plus généralement, l'hydramnios commence bien à se développer dès le début de la grossesse ; mais ce n'est guère que vers le sixième mois qu'elle est assez accentuée pour attirer l'attention. Ici, le développement du ventre avait commencé à inquiéter l'entourage dès la fin du quatrième mois et produisait déjà des troubles sérieux à la fin du cinquième.

Mais le point le plus intéressant est celui du diagnostic. Il suffit, en effet, de lire les observations de TILLAUX et de PINARD pour constater les difficultés que présente, en des cas de ce genre, un diagnostic précis.

Il est généralement facile de diagnostiquer la grossesse ; mais on peut hésiter entre les diagnostics de grossesse gémellaire sans hydramnios, de grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf, de grossesse simple avec hydramnios, de grossesse coexistant avec un kyste de l'ovaire.

Ici, il n'y avait guère lieu de songer à une grossesse gémellaire non compliquée, étant donné le volume du ventre par rapport à l'âge présumé de la grossesse. Il était inadmissible que l'utérus eût pu, même habité par deux ou par trois fœtus, acquérir, en un temps aussi restreint, un volume aussi considérable.

Il nous restait donc à choisir entre : une grossesse simple avec hydramnios, une grossesse gémellaire avec hydramnios d'un seul œuf et une grossesse compliquée de kyste ovarique.

La parfaite régularité de la forme du ventre n'était pas en faveur de la coexistence d'un kyste de l'ovaire et d'une grossesse. Il était, de plus, peu probable qu'un kyste assez petit pour n'avoir jamais attiré jusqu'alors l'attention de la malade eût pris en cinq semaines un tel développement.

D'un autre côté la grossesse simple avec hydramnios devait être écartée. En effet, dans la partie inférieure du ventre, le palper faisait constater la présence d'une petite partie fœtale très peu mobile. Le toucher montrait que le segment inférieur n'était point distendu et que le fœtus perçu par le doigt était à peine mobilisable. Il était, dans ces conditions, inadmissible de considérer comme hydramniotique l'œuf qui occupait le segment inférieur de l'utérus et il fallait, alors, admettre l'existence d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios de l'œuf occupant la partie supérieure de l'utérus.

Ce fait montre bien quelle est l'importance de la différence de tension constatée par le palper et le toucher entre deux régions de l'utérus gravide. Les traités classiques, si on en excepte le Traité du palper abdominal du professeur PINARD, ne signalent guère cette différence de tension comme élément de diagnostic de la grossesse multiple. Elle a, cependant, une très réelle importance et m'a déjà été fort utile à plusieurs reprises, dans des cas un peu difficiles. Dans certains cas de grossesse simple avec hydramnios, j'ai pu en constatant une tension partout égale de l'utérus, alors que le fœtus était peu ou point perceptible, écarter le diagnostic de grossesse gémellaire. Dans d'autres cas, la perception nette d'une différence de tension m'a mis en éveil sur la probabilité d'une grossesse gémellaire et m'a permis de ne pas passer à côté du diagnostic.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Le corps de l'homme, par Edmond PERRIER, directeur du Muséum d'Histoire naturelle, Paris, Schleicher, 1903.

Les planches qui forment la partie essentielle de cet ouvrage peuvent servir de complément à tous les ouvrages élémentaires d'anatomie et de physiologie. Elles sont destinées à donner une idée aussi exacte que possible du mode de superposition des divers organes, de leur disposition à l'intérieur du corps et de leurs dimensions relatives ; des figures isolées ne peuvent se rapprocher au même degré de la réalité ni donner une idée aussi exacte de l'organisme humain. Très élégamment composé et exécuté, cet atlas est appelé à de l'avenir auprès des élèves du P. C. N.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'hygiène publique et le trempage des haricots

L'opération du trempage des haricots consiste à faire baigner les haricots secs dans l'eau pure afin de leur restituer l'humidité dont ils ont été privés par la dessiccation, et à empêcher, par un tour de main spécial, ces légumes de se rider et de se faner. Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est inquiété de cette pratique, et le préfet de police a interdit la vente des haricots trempés, qui doivent être considérés comme altérés dans leur substance.

Certaines personnes, qui s'intitulent « *trempeurs de haricots* », se sont pourvues devant le Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir, contre cette décision. Elles ont allégué qu'elles n'emploient dans leurs manipulations aucune substance chimique ni colorante, et que les légumes qu'elles mettent ainsi en vente ne peuvent être considérés comme avariés. Que vaut, au point de vue d'une alimentation hygiénique, un haricot trempé ? Les haricots consommés immédiatement après le trempage sont-ils inoffensifs ? En tous cas, le sont-ils encore quelques jours après l'opération ? Le Conseil d'Etat a dû résoudre cette question d'après les avis des corps compétents. Il s'est référé à l'avis du Comité d'hygiène de France, aux termes duquel le trempage peut présenter des inconvénients pour la santé publique. En conséquence, comme il appartient au préfet de police d'interdire la mise en vente des comestibles dont il peut ordonner la saisie et la destruction, le Conseil d'Etat a rejeté le pourvoi.

NOUVELLES & INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

M. Rochon-Duvigneau est nommé, après concours, ophtalmologiste des hôpitaux.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Bézy est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

M. le docteur Marie est nommé professeur de physique.

École de médecine de Nantes. — Par arrêté du ministre de l'instruction et des beaux-arts, en date du 3 avril 1903, un concours s'ouvrira, le 16 novembre 1903, devant la faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'accouchement à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

COLLÈGE DE FRANCE

Par décrets du 1er avril 1903, il est créé au Collège de France une chaire de pathologie générale et comparée.

M. le docteur Charrin (Benoît-Albert), agrégé de la faculté de Paris, directeur du laboratoire de médecine expérimentale annexé à la chaire de médecine du Collège de France, est nommé professeur de la chaire de pathologie générale et comparée instituée audit établissement.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Breen (de Bordeaux); Laborde, chef des travaux physiologiques à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine.

OUVRAGES REÇUS

— **Un cas d'otomycose**, par le docteur Trétrôp, Anvers, Buschmann, 1901.

— **Principes d'anatomie et de physiologie appliqués à la gymnastique**, par le docteur L. Roblot, Paris, de Rudeval, éditeur, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

13e Semaine, du 22 au 28 Mars 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	»	4
2 à 5 ans	4	2
5 à 10 ans	6	1
10 à 20 ans	2	»
20 à 40 ans	9	9
40 à 60 ans	12	3
60 à 80 ans	16	15
80 ans et au-dessus	1	4
Total	66	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6	10	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	»	1	»	»	3	2	»	»	1	»	3	13	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	4	»	»	»	»	»	4	10	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	3	1	2	»	»	4	»	»	2	»	»	11	25	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	3	1	»	»	»	»	»	6	13	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	2	1	»	»	»	»	5	11	9
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	9	12	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2	3
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	2	»	»	»	1	»	2	10	24
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	2	5	5
Total	»	»	»	»	1	1	»	6	8	8	6	»	3	19	5	1	1	3	»	49	111	135

N° 327. Septième Année. N° 16 Le Numéro : 10 centimes. 19 Avril 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Ostéomyélites postvarioliques

par M. **A. Debeyre,** interne des Hôpitaux.

Depuis longtemps déjà les ostéomyélites post-varioliques ont été signalées ; mais nous ne trouvons aucun travail complet sur ce sujet qui n'a pas, en général, attiré l'attention des cliniciens.

Dans son Traité des maladies des os, J.-L. PETIT en donne une bonne description ; CHASSAIGNAC les avait bien observées ; KOLACZECK, en 1875, en parle dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift* ; Arthur NEVE signale quatre cas de « bone disease after small pox in young children » dans *la Lancette* du 24 septembre 1887 ; CHIARI, de Prague, les étudie, en septembre 1892, dans les *Beitrage zur pathologischen Anatomie und zur allgemeine Pathologie*. « En travaillant la bibliographie de ces cas, dit-il, je n'ai rien trouvé, sauf toutefois un seul travail, celui de GOLGI, 1873, *Revue clinique de Bologne,* » et encore GOLGI traite-t-il des altérations de la moelle osseuse dans la variole. MAUCLAIRE, en 1896, dans le Traité de chirurgie, donne l'évolution et les symptômes cliniques de cette complication osseuse. M. VOITURIEZ (1) en publie récemment de nouveaux exemples. MM. INGELRANS et TACONNET ont présenté trois cas d'ostéopériostites post-varioliques à la Société Centrale de médecine du Nord, le 27 mars 1903.

Si nous résumons toutes ces observations, nous apprenons que, parmi les ostéomyélites post-varioliques, les unes sont malignes, les autres bénignes. Les premières, plus rares, peuvent entraîner des désordres considérables : disjonctions épiphysaires, et arthrites purulentes, telles que M. VOITURIEZ vient récemment d'en publier un cas trouvé à Lille ; nécrose complète d'un os entier (scapulum) ; symptômes généraux d'infection, voire de véritables pyohémies. Les autres, les plus fréquentes, se terminent sans suppuration, l'os s'épaissit comme l'a rapporté BARIÉ, ou bien parfois les abcès s'évacuent sans élimination de séquestre.

Toutefois, l'évolution de cette lésion osseuse peut varier et nous avons vu, récemment, un fait clinique qui se différencie suffisamment pour attirer l'attention. Nous n'avons pas observé ici le grand cortège des symptômes graves ; nous avons plutôt assisté au mode bénin mais d'un type spécial qui s'est terminé par la formation d'un beau séquestre enclavé dans le canal médullaire, long de 8 centimètres, et ayant la

(1) *Journal des Sciences médicales de Lille* du 21 février 1903.

physionomie connue d'une flèche dentelée de cathédrale gothique.

Voici cette observation :

Palmyre D..., jeune fille de 20 ans, entre le 2 janvier 1903 dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, pour impotencé fonctionnelle et ulcère du bras gauche.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier. Le père ne tousse pas, il n'est ni nerveux ni alcoolique. La mère est bien portante.

Antécédents collatéraux : Quatorze frères ou sœurs : deux sont morts de convulsions, les autres d'athrepsie ou de diarrhées infantiles. Pas de pertes, pas d'enfants mort-nés.

Antécédents personnels : Palmyre D... a toujours été en bonne santé ; elle n'a pas eu de maladies de l'enfance et ne tousse pas.

Au mois de juillet 1902, elle a eu la variole. Les pustules, dit-elle, étaient séparées les unes des autres par de larges intervalles de peau saine ; il y a eu suppuration ; — la variole n'a laissé aucune trace sur les téguments ; la malade n'a pas été soignée par un médecin, de peur d'être envoyée à l'hôpital...

Hist. de l'affection : Dès le début de sa variole, la malade a ressenti des douleurs dans la longueur des membres ; vers le quatrième jour, la douleur était localisée surtout aux membres supérieurs ; les moindres mouvements étaient pénibles.

Ces douleurs ont persisté, diffuses, dans le membre supérieur gauche principalement, pendant l'évolution de la variole et pendant la convalescence. Un médecin, consulté, à quelque temps de là, conclut à du rhumatisme généralisé à tout ce membre.

Au mois de novembre, c'est-à-dire quatre mois après, la douleur se localisa nettement au tiers supérieur de l'humérus gauche, la peau devint rouge, tendue, tuméfiée ; les phénomènes douloureux plus accentués et une ulcération se produisit pendant le mois de décembre.

C'est dans cet état que se présente cette jeune fille, le 2 janvier, à la consultation de M. le Dr Folet.

Dans le tiers supérieur du bras gauche, sur la face externe, nous apercevons un orifice bourgeonnant, presque à fleur de tégument et dont les bords un peu épaissis ne sont pas décollés. Les téguments circonvoisins sont rougis, violacés ; la peau n'est pas mobile sur les muscles sous-jacents ; os, muscles et peau ne semblent former qu'une masse unique, dure, ligneuse. A la palpation, l'os huméral paraît augmenté de volume ; la circonférence du membre gauche, prise à dix centimètres de la pointe de l'acromion, mesure trois centimètres de plus que celle du membre droit, prise à la même distance.

Il ne semble pas y avoir d'élévation de la température locale.

Les mouvements sont très difficiles, très limités et douloureux ; la pression osseuse est insupportable, dans toute la région voisine, siège d'un empâtement manifeste.

Les articulations de l'épaule et du coude sont intactes.

Les muscles ne sont pas atrophiés.

L'introduction d'un stylet dans l'orifice ulcéreux nous permet d'arriver jusque sur l'os et de pénétrer successivement dans une série d'anfractuosités, comme si l'os était sculpté ; mais nous n'avons pas la sensation de séquestre osseux. Cette manœuvre ne donne pas lieu à l'écoulement de pus.

Température : 36°8.

Nous ne découvrons pas d'autres troubles ni œdèmes, ni névralgies, ni paralysies ; la lésion est pourtant dans le voisinage du radial.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement notable.

L'appétit a un peu diminué, mais pas de vomissements, pas de diarrhée.

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Rien au cœur.

Rien à l'appareil génito-urinaire ; cette jeune fille est bien réglée ; au moment de la variole, il y a eu suspension des règles pendant trois mois.

Pas d'adénopathie cervicale, ni inguinale ; les ganglions axillaires sont augmentés de volume du côté gauche, signe important pour M. Lannelongue.

Intervention. — Le 6 janvier, M. Folet pratique, sur cette malade, l'opération dont voici les divers temps :

1° Une incision de la peau et des muscles sous-jacents, à la partie supéro-externe de l'humérus, au niveau de l'ulcération ;

2° Un débridement du périoste dans toute l'étendue de la zone enflammée ;

3° L'os mis à nu se montre criblé d'orifices vasculaires élargis, anfractueux, comme sculpté grossièrement. On pratique à la gouge, sur la face externe, une fenêtre rectangulaire de 5 centim. de longueur qui donne jour dans le canal médullaire de l'os ;

4° Le pus, amassé dans les alvéoles, s'écoule lentement ; la moelle est purulente ; on pratique un lavage avec des solutions antiseptiques fortes ;

5° On aperçoit alors, engagé dans l'étui du canal osseux, le séquestre dont il a été parlé tout-à-l'heure, bien mobile. Vu sa longueur, on est obligé de le sectionner en son milieu pour l'extraire, en deux morceaux, de son étui ;

6° Après avoir placé un drain, on fait quelques points de suture.

La malade guérit rapidement ; elle sortit de l'hôpital à la fin de janvier, nous ne l'avons plus revue.

Ce cas d'ostéomyélite se caractérise par deux traits quelque peu contradictoires : allure modérée et comme subaiguë de la symptomatologie initiale ; et cependant processus plutôt intensif et rapide de nécrose de la substance spongieuse, puisqu'il aboutit en cinq mois à peine à la formation d'un grand séquestre, parfaitement isolé, détaché et mobile. Cette marche à physionomie un peu paradoxale, et la rareté des observations publiées d'ostéomyélites d'origine variolique nous ont engagé à communiquer le fait à la *Société de médecine du Nord.*



La paralysie du nerf de la 6e paire est-elle toujours syphilitique?

par le docteur **Willot**, de Valenciennes.

Depuis quelque temps, nombre de travaux importants ont été publiés en France et à l'étranger sur la motilité de l'œil. Les questions du strabisme et des diverses paralysies musculaires ont été traitées avec de grands développements ; il semble que tout ait été dit sur ce sujet. Il me paraît néanmoins intéressant de publier une observation portant sur plus de 15 cas de diplopie par paralysie du droit externe et qui prouve que la syphilis est loin d'être toujours embusquée derrière ce désordre d'équilibre, comme l'affirment quelques-uns de nos meilleurs cliniciens.

Le premier cas concerne un médecin de ma famille, le Dr A. M., qui fut pris brusquement, à la chasse, de diplopie homonyme au moment où il visait un lièvre. La paralysie du droit externe devint complète avec strabisme interne très marqué. A quelque temps de là plusieurs branches du moteur oculaire commun furent prises à leur tour ; enfin une paralysie faciale complète, du même côté, vint achever le tableau. Ici je puis affirmer que la syphilis pouvait être absolument mise hors de cause. Dans ses moments de découragement, notre confrère aurait voulu, contre l'évidence, trouver à sa maladie une origine spécifique dans l'espoir d'obtenir une guérison par un traitement approprié et énergiquement suivi.

Toutes ces paralysies finirent heureusement par guérir après une durée de cinq à six mois.

Parmi les 15 autres cas environ que j'eus l'occasion d'observer, deux avaient une origine nettement syphilitique, mais chez les autres il m'a été impossible de découvrir la moindre trace d'affection vénérienne. Fait curieux, une dizaine au moins de ces malades provenaient de villages voisins les uns des autres, et ces pays avaient été visités par une grippe particulièrement grave.

La diplopie s'était montrée quelques semaines en général après l'entrée en convalescence ; dans deux ou trois cas elle était apparue beaucoup plus tard, mais tous les malades avaient payé le tribut à l'épidémie grippale sous des formes diverses. Bien d'autres cas sans doute ont échappé à mon observation car l'un de mes clients me disait que dans son village il connaissait au moins dix personnes atteintes « de la vue double ».

Presque toutes ces paralysies ont guéri après une durée de un à quatre mois.

Il me paraît impossible, si on n'obéit pas à un parti pris bien arrêté, de ne pas attribuer à ce trouble oculaire une cause nettement infectieuse. Dans l'espèce c'est la grippe qui est au premier plan, mais le rhumatisme, la goutte, les infections ou intoxications diverses ne sont pas non plus des facteurs négligeables.

Je ne parlerai pas des maladies de l'encéphale ni des paralysies traumatiques dont Panas aimait à reproduire expérimentalement devant nous le mécanisme.

Ce qui est certain, c'est que si l'on suit l'idée de spécificité comme fil conducteur du traitement, on s'engage parfois dans une voie sans issue et sans profit pour son malade, — on s'expose à jeter le trouble et la défiance dans les familles, — enfin on peut se trouver plus tard en face d'un démenti humiliant, ce qui serait arrivé chez l'un de mes malades qui contracta un chancre induré un an et demi après sa paralysie de la 6e paire, preuve la plus formelle que sa diplopie n'avait rien à voir avec la syphilis.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 3 avril 1903

Présidence de M. Gaudier, président.

Syphilis hépatique et ascite congénitales

M. **Loubry**, interne, lit une observation sous ce titre (*sera publiée*).

M. **Oui** fait remarquer qu'il s'agit d'une forme très rare de syphilis du foie. Le diagnostic de syphilis est tout à fait certain, bien qu'on n'ait pas retrouvé, chez la mère, de lésions spécifiques.

Appendicite et phlegmon périnéphrétique

M. **Carlier** présente l'appendice iléo-cœcal d'un sujet dont l'histoire clinique sera publiée in-extenso.

Epilepsie procursive

MM. **Ingelrans** et **Dubois**, externe, lisent une observation sous ce titre (*sera publiée*).

Maladie d'Addison et opothérapie

M. **Ingelrans** présente un addisonien dont l'histoire a été publiée par M. Hirtz dans la *Médecine moderne* du 21 mai 1902. Ce malade, qui était quasi guéri, fait actuellement une rechute (*sera publié*).

M. **Ern. Gérard** conseille d'employer la lécithine qui pourrait peut-être remplacer l'extrait de capsules surrénales.

Myopathie du type Landouzy-Déjerine

M. **Ingelrans** présente un garçon de seize ans atteint de myopathie de type facio-scapulo-huméral (*sera publié*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Une des causes de la crise médicale envisagée au point de vue du droit

par M. **Jacquey**

La profession médicale traverse une crise que l'on attribue à deux causes : d'une part, au nombre trop élevé des médecins mis en regard du nombre des malades, et, d'autre part, au fait que bien des malades se dispensent de recourir aux médecins en se soignant eux-mêmes d'après les indications de prospectus ou des annonces publiées dans les journaux. Notre législation offre-t-elle un remède à cette situation ? Y a-t-il, dans nos lois actuelles, des dispositions qui permettraient de combattre cette crise, en agissant sur les deux causes qui la produisent ? Et s'il y en a, dans quelle mesure et par quels moyens devrait-on les mettre à profit ?

Pour enrayer le courant qui, dans notre démocratie, éloigne de plus en plus les jeunes gens des professions manuelles ou commerciales pour les pousser vers les carrières dites libérales, parmi lesquelles la carrière médicale, il n'y a pas lieu de compter sur la loi : la liberté de l'industrie, la liberté des professions est, chez nous, un des grands, et immortels, et intangibles Principes de 1789.

Mais, au contraire, pour atténuer, sinon empêcher, les effets de la seconde cause, le recours à la loi pourrait n'être pas sans efficacité.

Chacun sait, chacun voit tous les jours, combien effrénée est devenue la publicité, la réclame, soit dans les journaux, soit par le moyen de petits opuscules envoyés par la poste ou remis à domicile. Il n'est pas un hameau de France qui soit à l'abri de l'invasion. Et, dans la rédaction de ces réclames, rien n'est négligé de ce qui peut attirer l'attention de ceux qui souffrent. On y décrit habilement leurs maux, et non moins habilement on fait miroiter à leurs yeux le remède à ces maux. C'est ce qu'observe judicieusement le Dr de Lavarenne dans une chronique qui a pour objet de mettre en lumière cette « cause de la crise médicale ». (*La Presse médicale*, du 21 février 1903). « Pourquoi alors recourir au médecin ? N'est-il pas plus simple d'écrire à l'adresse indiquée pour faire venir les remèdes avec la manière de s'en servir ou encore de passer directement chez le pharmacien ? Et c'est ainsi que nombre d'artisans peu fortunés, campagnards et ouvriers des villes, sans compter les gens plus instruits et les bourgeois, se soignent d'eux-mêmes, par mesure d'économie, sans consulter le médecin qu'ils ne font appeler qu'après avoir vainement essayé toutes les panacées que prône leur journal... Evidemment, il y a là un réel préjudice causé à la médecine diplômée et patentée. Des milliers et des milliers de gens sont incités à se soigner eux-mêmes, en absorbant des drogues souvent inutiles, parfois dangereuses ; et ils répondent en masse à l'appel qui chaque jour leur est répété. Il le faut bien, quand on songe aux sommes énormes qui sont dépensées pour faire autour de ces soi-disant remèdes souverains la publicité nécessaire à leur diffusion. »

Après avoir constaté cet état de choses, qui se reproduit dans d'autres pays que la France, le Dr de Lavarenne est d'avis qu'on ne doit pas le considérer comme fatal, et qu'il y a lieu de rechercher s'il n'existerait pas des moyens légaux ou administratifs de le conjurer. Nous voudrions, en nous plaçant uniquement au point de vue du droit, apporter à cette recherche notre contribution, ne fût-ce que pour répondre à certaines préoccupations et mettre au point certaines idées qui paraissent avoir cours dans le monde médical.

La loi pourrait intervenir de deux manières, soit dans un intérêt général, intérêt de la santé et de l'hygiène publique, soit dans l'intérêt privé des médecins. Pour la protection de l'intérêt général, elle édicterait des prescriptions ou des prohibitions sanctionnées par des peines, amendes, emprisonnement, etc. En faveur des médecins, elle permettrait le recours à la justice pour faire prononcer la réparation du préjudice qui leur aurait été causé. Dans le premier cas, nous verrions intervenir la loi pénale, dans le second cas, la loi civile.

I

Plaçons-nous d'abord sur le terrain de la loi pénale. La loi pénale française, telle qu'elle existe actuellement, permet-elle la répression des pratiques signalées par le Dr de Lavarenne ? Oui, croyons-nous, mais seulement quand ces pratiques présentent les caractères constitutifs des infractions prévues et réprimées par la loi. Elles ne constituent pas un délit spécial, mais elles peuvent rentrer dans le cadre de certains délits généraux, et, par suite, devenir passibles des mêmes sanctions. Quels sont ces délits ? Les trois suivants : l'escroquerie, la tromperie sur la nature de la marchandise et l'exercice illégal de la médecine.

1° **Escroquerie.** — L'escroquerie est un délit de nature tellement complexe qu'il est difficile d'en donner une définition. Les éléments en sont indiqués par l'article 405 du Code pénal dans les termes suivants : « Quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, ou pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, se sera fait remettre ou délivrer, ou aura tenté de se faire remettre ou délivrer des fonds, des meubles ou des obligations, dispositions, billets, promesses, quittances ou décharges, et aura, par un de ces moyens, escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou une partie de la fortune d'autrui, sera puni d'un emprisonnement d'un an au moins et de cinq ans au plus et d'une amende de 50 francs au moins et de 3.000 francs au plus... » On voit par là combien sont nombreuses les formes que peut revêtir l'escro-

querie, mais toujours le délit punissable suppose trois ordres de faits, savoir : 1° l'emploi de moyens frauduleux ; 2° la remise ou tout au moins la tentative de se faire remettre les fonds ou valeurs que l'agent voulait obtenir ; 3° le détournement ou la tentative de détournement des fonds ou valeurs dont la remise a été obtenue. Par conséquent, dès lors que, dans une réclame de journal ou à l'occasion de cette réclame, on pourra relever ces trois ordres de faits, on sera en droit de diagnostiquer une escroquerie.

Voici quelques exemples puisés dans la jurisprudence : Par arrêt du 31 mars 1854 (*Dalloz*, 54, I, 199), la Cour de cassation a reconnu qu'il y avait escroquerie dans le fait d'un médecin qui annonçait, comme ayant le pouvoir de guérir des maladies jusque-là reconnues incurables, des remèdes qu'il savait n'avoir pas cette propriété, et appuyait cette annonce de la publication de certificats mensongers de guérisons, certificats qu'il n'avait fait revêtir de signatures recommandables qu'à l'aide de moyens frauduleux, tout cela dans le but de faire accepter à un prix excessif ses prescriptions et les remèdes dont il était lui-même le distributeur, prescriptions et remèdes qui se trouvaient toujours préparés d'avance, étaient les mêmes pour tous les malades, quel que fût leur âge, leur sexe, leur constitution et l'affection dont ils étaient atteints. — Décision analogue dans un arrêt du 28 septembre 1865 (*Sirey*, 66, I, 280), où la Cour de cassation considère comme une manœuvre frauduleuse constitutive du délit d'escroquerie le fait de produire des certificats écrits par soi-même et accompagnés de signatures surprises, dans le but de persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire (celui de guérir certaines maladies), et de faire naître l'espérance d'un succès chimérique (la guérison de ces maladies). — De même, dans un arrêt du 4 juin 1859 (*Sirey*, 59, I, 775), la Cour de cassation relève comme manœuvre frauduleuse délictuelle le fait d'un individu qui, à de vaines promesses de guérison faites à des malades, joignait des visions à l'aide desquelles il prétendait reconnaître la nature du mal et les moyens de le guérir, ainsi qu'un concert préalable avec le pharmacien qui devait fournir les remèdes.

Plusieurs fois aussi, la Cour de Paris s'est prononcée dans le même sens. Par arrêt du 16 mars 1855, rapporté par TARDIEU (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2e série, v, 1856, p. 357), elle condamnait pour escroquerie un médecin qui, dans des prospectus répandus à profusion, prétendait guérir sûrement en 30 ou 40 jours toutes les maladies incurables, et cela au moyen de potions diverses préparées d'avance chez un pharmacien. — Le 17 février 1860 (DALLOZ, *Rép.*, v° *Vol et escroquerie*, n° 805), elle admettait également la prévention d'escroquerie contre un individu, soi-disant médecin d'une Université allemande, qui, dans ses lettres, mémoires, écrits, imprimés, et dans ses relations avec les malades, déclarait posséder contre le cancer un remède infaillible qu'il appelait le *Quinquina du cancer*, ajoutant, dans un des documents publiés par lui, le récit des circonstances dans lesquelles, aux îles de la Sonde, ce remède lui aurait été révélé par un Indien.

De même, par jugement du 17 juillet 1889, cité par BROUARDEL (*L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, p. 518), le tribunal correctionnel de la Seine regarda comme tentative d'escroquerie, punissable à l'égal du délit consommé, le fait, par un coiffeur désireux de vendre un pot de pommade à l'un de ses clients, d'avoir affirmé l'existence chez ce dernier d'une affection grave du cuir chevelu, ladite affection ayant été ensuite reconnue purement imaginaire par un médecin spécialiste pour les maladies cutanées.

Citons enfin, d'après le même auteur, p. 467, une condamnation pour escroquerie prononcée, en 1884, contre un médecin établi à Niort, et qui, dans le prospectus par lequel il annonçait au public son installation, se présentait comme « auteur du rectutère, du porte-pessaire et de l'aspirateur utérin, etc. », grâce à l'usage encore inconnu desquels il opérait « des cures véritablement merveilleuses ». Le prospectus se terminait par un alinéa ainsi conçu : « Le docteur MARTIN DU MAGNY pratique, au point de vue de la physiologie et de l'espèce, l'opération de la fécondation artificielle de mari à femme, moyennant références honorables (méthode PAJOT). (Cette opération, qui de prime abord pourrait paraître anti-morale, a été non seulement approuvée par l'Académie de Médecine de Paris, mais encore a été l'objet de ses félicitations et de ses encouragements. »

Nous avons rappelé quelques-unes des circonstances relevées par ces décisions de jurisprudence, parce qu'il est nécessaire de se mettre en garde contre la trop grande facilité à voir une escroquerie dans tous les moyens par lesquels un charlatan cherche à allécher et tromper le public. Il ne faut pas confondre l'escroquerie et le charlatanisme qui frise l'escroquerie. Pour qu'il y ait escroquerie, constituant un délit pénal, il faut absolument la réunion des conditions que nous avons indiquées : manœuvres frauduleuses, pouvoir imaginaire, espérances chimériques, remise de somme obtenue par ce moyen. Il faut notamment des manœuvres frauduleuses. Et voilà pourquoi la Cour de cassation, dans un arrêt du 21 juin 1855 (*Dalloz*, 55, I, 304) a pu décider que n'était pas coupable d'escroquerie l'individu non médecin qui, sans prendre un faux nom ou une fausse qualité, s'était fait remettre de l'argent par un malade, en échange de promesses de guérison qu'il était hors d'état de tenir (et qu'il annonçait, par exemple, devoir réaliser par l'application de la méthode RASPAIL), dès lors que son affirmation mensongère n'avait été accompagnée d'aucun fait qui pût être considéré comme une manœuvre ayant le caractère de fraude.

Mais, par lui-même, le charlatanisme ne constitue pas le délit d'escroquerie. L'observation en a été faite il y a plus d'un demi-siècle (DALLOZ, *op. cit.*, n° 806) : « Tous les jours on peut lire dans les colonnes des journaux ou sur les murs des villes et villages, des annonces de méthodes ou remèdes infaillibles, avec l'indication des cures plus ou moins

merveilleuses qui ont été obtenues par leur emploi ; on ne saurait voir dans ces annonces un élément du délit d'escroquerie alors même qu'elles seraient empreintes de quelque exagération. Le charlatanisme des annonces, aujourd'hui (c'était en 1851) d'un si fréquent usage, est un fait affligeant sans doute au point de vue moral et qu'il est permis de déplorer, mais que le ministère public s'abstient avec raison de poursuivre, laissant au bon sens public le soin d'en faire justice. »

2° **Tromperie sur la nature de la marchandise.** — Si l'annonce mensongère ne suffit pas à motiver l'application de l'art. 405 du Code pénal, la vente du produit préconisé par l'annonce peut tomber sous le coup de l'art. 423 du même Code, aux termes duquel : « Quiconque aura trompé l'acheteur sur la nature de toutes marchandises..., sera puni de l'emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au plus, et d'une amende qui ne pourra excéder le quart des restitutions... »

Les conditions de ce délit ne sont point aussi rigoureuses que les conditions du délit d'escroquerie ; notamment, il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu des manœuvres frauduleuses tendant à faire croire à la vérité du fait allégué, ni même qu'il y ait une affirmation mensongère du vendeur sur la nature de la chose vendue, il suffit que l'acheteur ait été *trompé*. Comme autres éléments, le délit suppose que la tromperie s'applique à une marchandise, qu'elle a été commise dans une vente, et que cette vente a été consommée au moins par un accord du vendeur et de l'acheteur ; la simple mise en vente ne serait pas répréhensible.

Les recueils de jurisprudence ne rapportent, à notre connaissance, aucun exemple de condamnations prononcées, du chef de l'article 423 du Code pénal, contre un vendeur de médicaments. On peut seulement citer, à titre de rapprochement, une espèce sur laquelle est intervenu un arrêt de la Cour de Cassation, en date du 15 février 1851 (*Dalloz*, 51, II, 25) : il y avait délit de tromperie sur la nature de la marchandise vendue dans la vente, sous la dénomination de *gluten granulé* ou *gluten*, d'un produit granulé se composant uniquement de farine ordinaire.

3° **Exercice illégal de la Médecine.** — Enfin, si l'auteur des annonces et pratiques que nous envisageons n'est pas un médecin, c'est la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui pourra fournir des moyens de répression.

Le plus souvent, alors, le délit d'exercice illégal de la médecine se doublera du délit d'escroquerie, auquel cas, si chacune des infractions repose sur des éléments distincts, une double répression sera possible. Exemple dans un arrêt de la Cour d'Aix, en date du 12 juin 1896 (Journal *La Loi*, 15 juillet 1896), à propos d'un individu qui avait fondé à Marseille, sous le nom d'*Institut curatif*, un établissement médical, qu'il achalandait à l'aide d'annonces insérées dans les journaux ou distribuées à profusion, dans lesquelles il se vantait de guérir toutes les maladies, même celles reconnues incurables, par l'emploi des produits les plus divers. L'arrêt constatait qu'il avait ainsi attiré à lui un certain nombre de malades (exercice illégal de la médecine), en se faisant donner par son entourage la qualité de médecin, en exhibant de nombreux certificats de guérisons obtenus parfois de gens qu'il n'avait pas soignés, c'est-à-dire en s'attribuant un pouvoir imaginaire et en faisant naître chez ses dupes l'espérance chimérique d'une guérison, tout cela dans le but de s'enrichir à leurs dépens et de se faire remettre des sommes d'argent (escroquerie).

Que si les éléments du délit d'escroquerie n'existent pas, la poursuite ne pourra avoir lieu, du chef d'exercice illégal de la médecine, que dans les conditions spécifiées par l'art. 16 § 1er de la loi du 30 novembre 1892 ; il faut qu'il y ait eu office de médecin et habitude, deux conditions dont les tribunaux auraient à apprécier l'existence dans chaque cas à eux soumis.

Pour prendre un exemple, que nos lecteurs veuillent bien se reporter à la communication, si pleine d'humour dans la forme, mais si suggestive au fond, qu'a publiée le Dr FOLET, sous ce titre GYNÉCOLOGIE ET RÉCLAME, soit dans le *Bulletin de la Société Centrale de Médecine du Département du Nord*, 1900, p. 225, soit dans l'*Echo Médical du Nord*, 1900, p. 315. Qu'ils relisent ce que rapporte le savant professeur au sujet de la « Poudre astringente du Lynx ». Est-ce que les faits constatés ne tombaient pas sous l'application de la loi pénale? Nous le croyons fermement. Mais pourtant, il n'y avait ni escroquerie, ni tromperie sur la nature de la marchandise. Pas d'escroquerie, parce qu'il n'y avait, ou, du moins il n'apparaît pas qu'il y ait eu des manœuvres frauduleuses suffisamment caractérisées pour constituer un délit d'escroquerie. Pas de tromperie non plus, au sens de la loi pénale, sur la nature de la marchandise, car le vendeur avouait, en latin, il est vrai, mais avouait que sa Poudre comprenait : *Sulfas aluminæ et potassae, saccharum album, putamen ovi, concha mytili !* Ce qu'il y avait, à nos yeux, c'était un délit d'exercice illégal de la médecine, parce qu'il y avait « part prise, par une direction suivie, au traitement de maladies », ce qui constitue le délit prévu par l'article 16 § 1er de la loi du 30 novembre 1892.

Nous avons plusieurs fois déjà eu l'occasion d'indiquer ce qu'il faut entendre par ce mot général de *traitement* ; il vise « tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie ». Voir les arrêts rendus par la Cour de Paris, les 6 janvier 1899 et 16 mai 1900, rapportés dans nos articles : MÉDECINE et MAGNÉTISME, MÉDECINE et MASSAGE (*Echo médical du Nord*, 1899, p. 441, et 1901, p. 86).

Quel que soit le délit relevé, escroquerie, tromperie sur la nature de la marchandise, exercice illégal de la médecine, comment la répression pourrait-elle être obtenue ?

Il faut savoir qu'une infraction pénale donne le plus souvent ouverture à deux actions, l'action publique et l'action civile.

L'action *publique* ou pénale a pour objet la réparation du mal causé à la société par l'infraction ; elle tend à assurer cette réparation par l'application d'une peine à l'infracteur ; elle n'appartient qu'à la société dont l'intérêt a été lésé ; elle ne peut être exercée que par les représentants de la société, en principe par le ministère public. Tandis que l'action *civile* a pour objet la réparation du préjudice causé par l'infraction au particulier qui en a été la victime ; elle tend à assurer cette réparation par la condamnation de l'auteur de l'infraction à des dommages-intérêts ; elle appartient à la personne dont l'intérêt a été lésé ; elle ne peut être exercée que par cette personne ou, quelquefois, par ses représentants.

Or, pour nos trois espèces de délits, l'action publique sera nécessairement portée devant les tribunaux correctionnels. Tandis que l'action civile pourra être portée soit devant les tribunaux correctionnels, soit devant les tribunaux civils.

Portée isolément devant les tribunaux civils, l'action civile née d'un délit pénal sera soumise, en principe, aux règles que nous indiquerons plus loin pour l'action civile née d'un délit civil.

Quant à l'action publique née du délit pénal, nous venons de dire qu'elle ne peut être exercée que par le ministère public. Mais cela n'empêche pas que la personne lésée par ce même délit ait le droit de mettre cette action en mouvement. Dans ce but, elle a la faculté, ou bien de saisir le juge d'instruction et de provoquer une information, ou bien d'agir par voie de citation directe devant le tribunal correctionnel. Dans ces deux cas, de même qu'au cas où le ministère public a, de sa propre initiative, mis l'action publique en mouvement, la personne lésée joint son action civile à l'action publique. Et les deux actions sont jugées en même temps par le tribunal correctionnel.

L'action civile, remarquons-le, n'appartient qu'à la partie lésée par l'infraction. De là, une différence à signaler entre, d'une part, les délits d'escroquerie ou de tromperie sur la nature de la marchandise, et, d'autre part, le délit d'exercice illégal de la médecine. Pour les premiers, l'action publique ne peut être mise en mouvement que par la personne lésée, c'est-à-dire par la personne qui a été victime de l'escroquerie ou trompée sur la nature de la chose qu'elle achetait. Pour le second, la loi du 30 novembre 1892 considère que l'exercice illégal de la médecine lèse les droits du médecin en général, et l'art. 17 de cette loi accorde le droit de poursuite à tout médecin, ou syndicat professionnel médical, ou association de médecins régulièrement constituée.

II

Tels sont les moyens offerts par la loi pénale pour arriver à la répression des annonces incriminées. Ces moyens ne pourraient-ils pas être corroborés par des règlements administratifs et notamment par des règlements municipaux ? On a fait grand éloge, dans les journaux médicaux, des décisions prises l'année dernière par le maire de Lyon, le Dr AUGAGNEUR, qui, « après avoir débarrassé les urinoirs des affiches où s'étalaient les promesses les plus trompeuses sur la guérison des maladies vénériennes », a pris, au nom de la moralité publique, un arrêté retirant et supprimant « toutes autorisations d'établir en saillie, sur la voie publique, les écussons, enseignes, affiches, attributs, etc., à l'usage des rhabilleurs, masseurs, magnétiseurs, somnambules, cartomanciennes, chiromanciennes, etc. ». Voir *Echo médical du Nord*, 1902, p. 479. Et l'on a félicité leur auteur, au sujet de ces « mesures de salubrité morale et de protection sanitaire » ! — Il faudrait s'entendre. Le maire d'une commune a deux sortes de pouvoirs, des pouvoirs d'administration et des pouvoirs de police. Les premiers lui permettent de gérer les intérêts financiers, pécuniaires de la commune ; les seconds lui permettent de prendre certaines mesures de police, notamment en vue d'assurer « le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques ». Loi du 5 avril 1884, art. 90 et 97. — Quand le maire de Lyon a fait supprimer les affiches des urinoirs ou les écussons en saillie sur la voie publique, il a agi en qualité d'administrateur des propriétés de la commune. Et voilà bien pourquoi ses arrêtés ont été restreints, d'une part, aux affiches apposées sur les urinoirs, c'est-à-dire sur des *monuments municipaux*, d'autre part, aux écussons ou enseignes *en saillie sur la voie publique*, c'est-à-dire apposés sur une partie du *domaine communal*. Il ne s'y trompait pas, et l'un des considérants de son dernier arrêté porte, en effet, que « la commune ne peut, sans être taxée d'immoralité, tolérer ces installations et encore moins *en tirer un revenu par la perception des droits de voirie* ». C'est le droit du maire, administrateur des biens et des intérêts communaux, de protéger les monuments communaux et de gérer les revenus de la commune : le maire de Lyon usait simplement de ce droit.

Aurait-il pu aller plus loin, et, se prévalant de ses pouvoirs de police, aurait-il pu prétendre protéger « la salubrité publique », assurer « l'assainissement moral », en défendant les affiches, les enseignes visées, même en dehors des propriétés communales ? En principe, non. Les pouvoirs de police du maire sont limitativement déterminés et strictement définis. Après avoir annoncé que « la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques », l'art. 97 de la loi du 5 avril 1884 a soin d'ajouter que cette police comprend : « 6° le soin de prévenir, par des précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux, tels que les incendies, les inondations, *les maladies épidémiques ou contagieuses*, les épizooties, en provoquant, s'il y a lieu, l'intervention de l'administration supérieure ; 7° le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre *les aliénés* dont l'état pourrait compromettre *la morale publique*, *la sécurité des personnes* ou la conservation des propriétés .. » On voit, par cette citation, que la salubrité publique dont le

maire est le gardien n'est pas la salubrité morale qu'assurerait la disparition des affiches ou annonces visées. D'où cette conclusion que le maire n'aurait pas le droit de faire disparaître ces affiches ou annonces, toutes les fois qu'elles apparaissent en dehors des propriétés communales, par exemple, à l'intérieur d'un magasin, ou sur un mur en retrait de la voie publique.

Ajoutons que ce sont uniquement les mesures de police prises par le maire, dans la limite de ses pouvoirs, qui peuvent recevoir une sanction pénale, amende ou emprisonnement. Quant aux mesures prises par lui comme administrateur des biens de la commune, elles ne peuvent donner lieu qu'à une sanction civile, en d'autres termes, à la réparation du préjudice pécuniaire causé à la commune par la violation de ces mesures. Et, un principe bien établi en droit administratif, — quoique les maires essaient souvent de l'enfreindre, — c'est que le maire ne doit pas, ne peut pas légalement se servir de ses pouvoirs de police dans un but exclusivement fiscal. La question a été maintes fois jugée soit par la Cour de Cassation, soit par le Conseil d'État. Voir spécialement en ce qui concerne l'affichage : Cass., 30 juin 1892 (*Dalloz*, 93, I, 45) ; — 3 mars 1898 (*Dalloz*, 99, I, 237) ; — et une Lettre du Ministre de l'Intérieur, en date du 6 octobre 1897 (*Revue des Justices de paix*, 1898, VI, 170).

III

Plaçons-nous maintenant sur le terrain de la loi civile. La loi civile française fournirait-elle de nouvelles armes contre les annonces et réclames dont il est ici question ? C'est la conviction exprimée par le Dr de LAVARENNE dans sa chronique de la *Presse médicale*. Il voudrait que les syndicats professionnels médicaux, qui ont charge des intérêts collectifs de la corporation, prissent l'initiative de poursuites devant les tribunaux civils. Et, pour faire apprécier les chances de succès que pourraient avoir semblables poursuites devant les tribunaux français, il rapporte l'exemple d'un procès qui s'est déroulé en Allemagne, au mois d'octobre dernier, devant le tribunal civil de Breslau. Voici les faits :

« Un médecin de Breslau, voulant essayer de faire interdire les annonces réclames qu'un soi-disant guérisseur publiait, eut l'idée de s'adresser, non pas à la justice criminelle visant l'exercice illégal de la médecine, mais à la justice civile saisie en réparation de préjudice causé. Depuis longtemps déjà, le droguiste incriminé faisait paraître dans les journaux politiques des annonces où il promettait la guérison radicale et sans récidive du bégaiement, dans tous les cas sans exception, avec garantie par écrit. L'affaire vint, le 21 octobre, devant le tribunal de Breslau, qui avait commis pour expert le professeur WERNICKE. Celui-ci ayant déclaré qu'en l'état actuel de la science, nul ne saurait promettre la guérison à tous les bègues sans récidives, et encore moins donner des assurances par écrit, le tribunal condamna le droguiste à cesser ses annonces sous peine d'une amende de 100 marks pour chacune des infractions à l'arrêté exécutoire du jugement ».

Mais nous sommes en France. Serait-il possible d'obtenir d'un tribunal civil français une décision analogue à la décision du tribunal allemand ? Nous ne savons si jamais la justice française a été saisie d'une poursuite de ce genre ; les recueils de jurisprudence n'en révèlent aucun précédent. Nous n'en croyons pas moins que l'action serait recevable, et qu'il y aurait des chances qu'elle aboutît à certains résultats favorables à ses promoteurs.

Oui, le tribunal civil français pourrait être saisi d'une action civile, en raison du dommage causé au demandeur par l'annonce-réclame qui motive cette action. Et cette action pourrait naître de deux sources. Tantôt, si le fait de l'annonce-réclame tombait, par lui-même, sous le coup de la loi pénale, et constituait un délit pénal, escroquerie, tromperie sur la nature de la marchandise ou exercice illégal de la médecine, ce serait une action civile naissant *ex delicto*, à côté de l'action publique dont nous avons parlé précédemment. Tantôt, si le fait de l'annonce-réclame ne présentait pas les éléments nécessaires pour constituer un délit pénal, il constituerait tout au moins un délit civil ou un quasi-délit, auquel cas il donnerait naissance à une action civile indépendante de toute incrimination pénale.

C'est que le mot *délit* a un sens différent dans la langue du droit criminel ou pénal ou dans celle du droit civil. Dans la langue du droit criminel, le délit pénal est, *lato sensu*, toute faute prévue et punie par la loi pénale. Dans la langue du droit civil, le délit civil est tout fait illicite et dommageable accompli avec intention de nuire. Et du délit civil, on rapproche le quasi-délit, qui est tout fait illicite et dommageable accompli sans intention de nuire. Par où l'on voit que le domaine des délits civils ou des quasi-délits est beaucoup plus vaste que le domaine des délits pénaux, de telle sorte que, bien des faits, qui ne tombent pas sous le coup de la loi pénale, peuvent néanmoins tomber sous le coup de la loi civile. Mais comment appliquer cette distinction ? La chose est facile pour les délits pénaux : un fait ne constitue un délit pénal, qu'autant qu'il a été expressément incriminé et frappé d'une peine par un texte *Nulla pœna sine lege*. La détermination est moins facile pour les délits civils et les quasi-délits, car pour eux la loi s'en est remise au juge, après s'être contentée de formuler la règle bien connue : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». Art. 1382 du Code civil. Voilà le texte auquel il faut toujours revenir, comme au texte général qui protège nos droits ou nos intérêts contre les lésions dues au fait d'autrui.

Il reste donc à rechercher si les annonces-réclames que nous envisageons ici rentrent ou non dans le champ d'application de l'art. 1382. Elles y rentreront, si l'on rencontre en elles les trois éléments constitutifs du délit civil ou du quasi-délit, savoir : le dommage, qui est l'élément matériel, — la faute, qui est l'élément subjectif, — enfin une relation de cause à effet entre le dommage et la faute. Et c'est au deman-

deur, à la victime du dommage, qu'il appartiendra de prouver l'existence de ces trois éléments.

La première et la troisième conditions pourront être assez aisément remplies. Il sera d'ordinaire facile de démontrer aux juges que telle annonce-réclame a, par un effet direct, préjudicié aux intérêts du demandeur. D'autant plus qu'il n'est pas absolument nécessaire que le dommage subi soit un dommage pécuniaire ; les tribunaux hésitent de moins en moins à admettre qu'un préjudice simplement moral est de nature, suivant les circonstances, à justifier l'application de l'art. 1382.

Quant à l'existence du second élément indispensable, de la faute, elle pourra soulever les plus délicates difficultés. Et nous en avons indiqué la raison. C'est ce que la loi civile, au contraire de la loi pénale, laisse aux juges le soin d'apprécier si tel fait préjudiciable est ou non illicite, en d'autres termes, constitue une faute au sens de l'article 1382. Or, qu'est-ce qu'une faute ? Quand est-ce que l'auteur d'une annonce réclame pourra être considéré comme ayant commis un fait illicite, une faute ? Notamment, il n'y a pas faute dans le fait d'user de son droit : *neminem lædit, qui jure suo utitur*, ou, comme disait une de nos vieilles coutumes : « icelui n'attente qui n'use que de son droit ». Il faudra donc distinguer ce qui est faute de ce qui est exercice d'un droit. Il faudra prouver que l'auteur de l'annonce-réclame dommageable n'est pas resté dans les limites de son droit, qu'il a dépassé ces limites en empiétant sur le droit d'autrui, en lésant injustement les intérêts d'autrui, intérêts que la loi avait pris sous sa protection. Mais à quel critérium s'attacher pour établir cette ligne de démarcation entre le droit et l'abus du droit, entre l'exercice d'un droit et l'empiètement illégitime sur le droit d'autrui ?

Cette démarcation est pourtant nécessaire. Le Dr de LAVARENNE n'hésite pas à le reconnaître. « Parmi ces annonces, écrit-il, il en est de parfaitement licites et honorables. Par ce temps de concurrence à outrance, où la pharmacie courante est devenue presque commerciale, une suspicion trop souvent légitime s'exerce sur nombre de préparations ; il est donc tout naturel, lorsqu'un industriel a donné toutes les garanties de fabrication à un produit et l'a spécialisé, qu'il le fasse savoir non seulement aux médecins, mais encore au public intéressé. — Mais il est d'autres annonces, ce sont les plus nombreuses, qui préconisent non pas un médicament, mais une médication contre une ou plusieurs maladies dont sont décrits les symptômes. C'est contre celles là qu'il faudrait agir comme l'a fait le médecin de Breslau ». On peut souscrire à cette distinction, quoiqu'elle reste bien vague, car nous ne voyons pas, *à priori*, comment et pourquoi on « préconiserait un médicament » non seulement aux médecins « mais encore au public intéressé », sans indiquer la manière de s'en servir et l'effet qu'il doit produire, ce qui semble bien être la médication. Sans doute, l'auteur de l'annonce pourrait, après avoir prôné son médicament, ajouter la phrase connue « Consultez votre médecin », ce qui reviendrait à dire « N'en prenez pas si votre médecin ne vous l'ordonne pas ». Mais ce serait enlever d'avance à sa réclame la plus grande partie de son efficacité. Il est clair que la réclame ne s'adresserait plus alors au public intéressé, au public qui *vult decipi*, mais presque exclusivement aux médecins. Ce ne serait plus l'annonce-réclame des journaux ordinaires ou des prospectus que nous envisageons ici.

Mais n'insistons pas. Les difficultés auxquelles nous faisons allusion ne sont que des difficultés de fait : le juge les appréciera et les résoudra d'après les circonstances de chaque espèce.

Deux questions encore doivent être examinées : qui aurait le droit d'intenter cette action civile fondée sur l'art. 1382 ; puis quels pourraient être les résultats de cette action.

D'abord, qui aurait le droit d'intenter l'action ? En principe, c'est uniquement celui auquel le préjudice a été causé. « L'intérêt est la mesure de nos actions », et « sans intérêt, pas d'action », disent des brocards juridiques. L'action appartiendra donc à tout médecin qui sera à même de prouver que ses droits ont été lésés injustement, et elle lui appartiendra dans la mesure de cette lésion.

Mais il est manifeste que l'action isolée d'un médecin, si elle est possible, risque fort d'être à peu près stérile. Comme le remarque le Dr de LAVARENNE, « si les médecins français, encouragés par l'exemple du médecin allemand, voulaient entreprendre la lutte contre les réclamistes médicaux, la campagne ne saurait être menée par des individualités : l'initiative et l'organisation en reviendraient tout naturellement aux syndicats professionnels qui ont charge des intérêts collectifs de la corporation. »

Seulement, en faisant appel, dans l'hypothèse, aux syndicats médicaux, nous craignons qu'on ait oublié de se demander si, dans cette hypothèse précisément, leur action serait recevable.

Les syndicats médicaux peuvent agir, nous l'avons vu, au nom de la corporation médicale, quand il est question de la répression de l'exercice illégal de la médecine. Mais on ne saurait en conclure qu'ils auraient le droit d'agir au nom de la même corporation, quand il est question de la réparation du préjudice causé aux médecins par les « charlatans de la réclame ». S'ils peuvent agir dans le premier cas, c'est parce que l'art. 13 de la loi du 30 novembre 1892 leur en a formellement accordé le droit. Or, c'est là une exception à une vieille règle de notre législation, d'après laquelle : « Nul, en France, ne plaide par procureur ». Mais les exceptions, précisément parce qu'elles sont des exceptions, ne sauraient être étendues en dehors des limites spécifiées par le législateur qui les a admises. En dehors de ces limites, on retombe sous l'application de la règle. Tel est le cas, — nous le craignons, — pour l'action qu'un syndicat médical fonderait sur l'art. 1382 C. civ., et non sur la loi du 30 novembre 1892.

Sans doute, en leur reconnaissant une personnalité juridi-

que, la loi du 21 mars 1884, qui est actuellement leur charte, a accordé aux syndicats professionnels le droit d'ester en justice. Voilà une exception à la règle : Nul, en France, ne plaide par procureur. Mais la loi a pris grand soin de limiter la portée de cette exception. « Les syndicats professionnels, dit l'art. 3, ont *exclusivement* pour l'objet l'étude et *la défense des intérêts économiques*, industriels, commerciaux et agricoles ». Ce que le syndicat peut défendre, au nom de ses membres, ce sont les *intérêts généraux* de nature *économique* de la personne morale que constitue le syndicat, ce sont encore les *droits* qui composent le patrimoine de cette personne morale, c'est-à-dire l'actif syndical. Mais ce ne sont pas les *droits individuels* des syndiqués, ce ne sont pas les lésions pécuniaires subies par les patrimoines particuliers des syndiqués. La question a été maintes fois jugée par les tribunaux pour des syndicats commerciaux ou agricoles. Si elle ne l'a pas été spécialement pour des syndicats médicaux, on peut conjecturer qu'elle recevrait une même solution, quand on se rappelle les principes proclamés soit par la Cour de Douai, soit par la Cour de cassation dans deux arrêts bien connus. « Attendu, disait la Cour de Douai, le 11 novembre 1901, que, si le législateur a estimé, pour des considérations d'un ordre tout spécial, devoir introduire en faveur des médecins, dans la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, une dérogation aux règles générales posées par la loi organique des syndicats, cette disposition exceptionnelle ne doit leur bénéficier que dans les limites où elle leur a été concédée par l'art. 13... ». Et la Cour de cassation répétait, le 28 février 1902 : « Attendu qu'en permettant aux médecins de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, c'est-à-dire d'intérêts autres que des intérêts industriels, commerciaux ou agricoles, la loi du 30 novembre 1892 a, dans son art. 13, statué par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle, et qu'ainsi, dérogeant à une loi générale, cette disposition spéciale doit être interprétée suivant la lettre même du texte qui la contient ».

Telles sont les raisons pour lesquelles nous aurions beaucoup de doutes sur la recevabilité de l'action des syndicats médicaux, en tant, répétons-le, que cette action se fonderait uniquement sur l'art 1382 C. civ.

Maintenant, en supposant qu'une action de ce genre fût recevable, soit de la part d'un médecin isolé, soit de la part d'un syndicat médical, à quels résultats pourrait-elle aboutir ? A la réparation du préjudice causé au demandeur et justifié par lui. D'ordinaire, cette réparation se traduit par une condamnation au paiement d'une somme d'argent, à titre de dommages-intérêts. Toutefois les tribunaux sont juges du meilleur mode de réparation du préjudice, et ils ont également le droit de rechercher et prescrire les moyens les plus propres à prévenir la continuation ou le retour du préjudice causé. Nous pensons donc que les tribunaux auraient le droit, tout en prononçant une condamnation pécuniaire pour le passé, de faire défense pour l'avenir de continuer les réclames jugées délictueuses au point de vue civil. Peut-être même, — mais la solution n'est que probable, — iraient-ils jusqu'à prononcer une *astreinte* pour chaque insertion future prohibée, une *astreinte*, c'est-à-dire une condamnation à des dommages-intérêts exagérés qui ont pour but, non pas la réparation du préjudice causé, mais une pression, une contrainte sur le débiteur condamné, en vue de l'amener à ne pas « récidiver ». — Dans le jugement du tribunal de Breslau, que rapporte le Dr de LAVARENNE, « le tribunal condamna le droguiste à cesser immédiatement ses annonces sous peine d'une *amende* de 100 marcks pour chacune des infractions à l'arrêté exécutoire du jugement ». Il y a sans doute, dans ce passage, des inexactitudes de traduction ou d'impression. Du moment que la justice saisie était une justice civile, il est bien probable qu'elle n'a pas prononcé une amende, car l'amende (au moins en France) est une peine qui ressort de la législation pénale, et nous croirions volontiers que le mot « amenda » doit être remplacé par le mot « astreinte » ou autre mot équivalent. Qu'est-ce aussi que « l'arrêté exécutoire du jugement » ? Il s'agit, sans doute, de la partie du dispositif de ce jugement ordonnant la cessation des annonces jugées préjudiciables. — Ajoutons enfin qu'à ces diverses sanctions pourrait encore s'ajouter une condamnation à l'affichage du jugement, ou à sa publication, soit intégrale, soit partielle, dans les journaux.

Tels sont les résultats qu'il serait assurément désirable que le corps médical pût obtenir, s'il entreprenait de lutter contre les réclames délictueuses, soit au point de vue pénal, soit seulement au point de vue civil. Les obtiendrait-il?... Nous venons d'indiquer quelles nous paraissent être, dans notre arsenal juridique, les armes auxquelles il serait permis de recourir. Quant aux chances de succès, elles varieraient évidemment suivant les « *espèces* ». Et c'est, hélas ! la seule conclusion que nous osions formuler.

Réclame contre Réclame

Par M. le docteur **Folet**

L'exagération grandissante de certaines réclames pharmaceutiques ; — je ne veux point parler de la publicité acceptable donnée, dans les journaux médicaux plus que dans les journaux politiques, à certaines préparations médicamenteuses, mais bien de la réclame ultra-tapageuse faite exclusivement à la quatrième page des feuilles politiques, en faveur des pilules guérit-tout et de tisanes dépuratives spécifiques de toutes les maladies, avec certificats légalisés et portraits de malades guéris à l'appui du boniment ; — La réclame éhontée de ces panacées merveilleuses dans les journaux à énormes tirages est assurément, en même temps qu'un sérieux danger pour la santé publique, une des causes de la crise que traverse

la profession médicale. Cette question, soulevée par le docteur DE LAVARENNE, dans la *Presse médicale* du 10 février, est magistralement traitée, au point de vue judiciaire, dans l'article qu'on vient de lire, par notre collègue de la Faculté de droit, M. le professeur JACQUEY. Ses conclusions ne sont pas encourageantes. Il y démontre que ce ne sera que dans des circonstances exceptionnelles, qu'un médecin ou une association syndicale, pourront mettre en mouvement l'action judiciaire et que bien rares, bien inefficaces, seront les condamnations obtenues. Là n'est pas le remède pratique. Il faudrait trouver autre chose.

On m'accusera peut-être d'être en proie à une idée fixe, de poursuivre obstinément une marotte; mais je ne puis m'empêcher de croire qu'ici, comme dans la lutte anti-alcoolique, la Réclame est la seule arme qui, bien maniée, pourrait, à l'instar de la légendaire lance d'Achille, guérir les blessures qu'elle fait.

Il y a quatre ou cinq ans que j'ai proposé ce moyen comme la meilleure tactique à diriger contre l'alcoolisme, et que dans ma modeste sphère j'ai appliqué l'idée. Au mois de février dernier, le conseil d'hygiène de la Seine a fait afficher, dans Paris, des placards mettant le public en garde contre les dangers de l'alcool. Vous avez vu l'effet : un coup de pied dans une fourmilière ! Tous les marchands de poison, en gros ou en détail, se sont sentis touchés. Ils ont essayé de répondre ; mais leur attitude en somme a été piteuse. Et notez que l'on n'a usé dans cette première escarmouche, que d'une publicité assez restreinte, et nullement de la publicité intensive, outrancière, qui constitue la vraie réclame. Notez encore que l'on semble s'arrêter dans la voie tracée. La déclaration votée par l'Académie de médecine, le 18 mars dernier, que « toutes les boissons alcooliques à essences sont doublement dangereuses et mériteraient d'être proscrites ; » le vœu émis par Elle « qu'il soit pris des mesures efficaces pour diminuer le nombre des cabarets, » devraient déjà être affichés dans toutes les rues. Si l'on voulait y mettre beaucoup de persévérance et pas mal d'argent, la malsaine réclame des fabricants d'apéritifs ne pèserait pas lourd devant la réclame honnête de gens compétents, faisant connaître la vérité au public, par le mécanisme moderne de publicité large, dont on ne peut se passer aujourd'hui.

Eh bien, — pour en revenir aux réclames des panacées de la quatrième page des journaux politiques — figurez-vous qu'à cette même quatrième page ou, si les journaux refusaient, par voie de grandes affiches collées sur les murs des villes et suffisamment renouvelées et variées, on porte à la connaissance des bons badauds qui forment la clientèle de ces produits là, un avis ainsi conçu ou à peu près :

APPEL AU BON SENS,

Le public est invité à se méfier des propriétés merveilleuses que les réclames chèrement payées de la quatrième page des journaux, prêtent à certains médicaments (pilules, sirops, tisanes, etc.), qui sont censés guérir toujours et radicalement les maladies les plus diverses. La plus simple réflexion indique qu'un seul remède ne peut convenir à toutes les affections, à tous les âges, à tous les sexes, à tous les tempéraments. On montre au public des photographies de malades guéris, ou des certificats émanés d'eux. En admettant même que ces documents soient authentiques et désintéressés, le public ne connaît pas les noms des très nombreux acheteurs crédules que ces panacées n'ont pas guéris ou dont elles ont aggravé l'état. Ceux-là se taisent et ne comptent pas. Or, presque tous les médecins pourraient citer des exemples de cette sorte.

Supposez que cet avis soit signé de quelques noms universellement connus, professeurs, membres de l'Académie de médecine, et aussi, dans chaque région, de noms de médecins locaux d'une notoriété et d'une honorabilité incontestables. Tenez : l'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, qui se confine un peu trop, à mon humble avis, dans ses très louables fonctions de bienfaisance, serait très bien placée pour prendre en main une telle besogne. Supposez donc que cet affichage soit largement et intelligemment fait. Ne pensez-vous pas qu'il se produirait dans le monde des *pilules Zinc* ou de la *Limonade des Quakers* un désarroi pareil à celui qu'a produit chez les débitants de boissons le placard MESUREUR-DEBOVE ? Et cette stratégie persévéramment continuée ne pourrait-elle donner des résultats efficaces ?

Notre confrère AUGAGNEUR, maire de Lyon, a nettoyé ses urinoirs municipaux des réclames idiotes autant que mensongères qui promettent la guérison de la syphilis « sans mercure, par la méthode végétale » et le traitement « en cinq jours des écoulements les plus rebelles. » Il a très bien fait, mais peut-être lui eût-il suffi, tout en laissant les annonces en place, de mettre bien en vue, au milieu d'elles, en caractères typographiques frappants, ces quelques réflexions :

BONS CONSEILS :

Les maladies vénériennes (vérole et chaudepisse) peuvent produire, quand elles sont mal soignées, des complications graves, soit immédiatement, soit à échéance plus ou moins lointaine.

Les victimes de ces maux ne sont pas seulement les personnes qui s'y exposent volontairement : Les plus honnêtes femmes peuvent être contaminées. Les tares syphilitiques se transmettent aux enfants.

Les maladies vénériennes ne se guérissent pas aussi aisément et aussi vite que le prétendent les réclames de charlatans, soi disant spécialistes, et prétendant tous posséder une méthode de traitement personnelle et infaillible. Il importe de se faire soigner *sérieusement* de ces maladies. Consultations gratuites pour les indigents tel jour, à tel endroit.

Depuis des années les plus stupides boniments sont tous les jours bruyamment trompettés aux oreilles ; pas une voix ne s'élève pour contredire ces inepties ; et l'on s'étonne que les dits boniments aient prise sur les âmes simples, c'est le contraire qui serait surprenant. Ce puissant et formidable instrument de la réclame, il n'y a que les charlatans, c'est-à-dire la lie de la profession médicale, qui en jouent. Si cependant les

honnêtes gens essayaient de faire comme eux, — pour la vérité et pour le bien....

Il est fort possible que je me trompe sur les résultats, mais tout de même cela vaudrait peut-être la peine d'essayer.

Croyez vous que les médecins des pissotières lyonnaises auraient laissé longtemps leurs affiches menteuses en tête à tête avec cet honnête placard ?

NOUVELLES & INFORMATIONS

Internat des Hôpitaux

Nous relevons avec plaisir dans la liste des internes titulaires des hôpitaux de Paris nommés à la suite du dernier concours, le nom de M. Delille, ancien élève de la Faculté de Médecine de Lille.

Nous sommes heureux de lui adresser nos bien sincères félicitations.

Distinctions Honorifiques

M. le docteur Bruch, directeur de l'École de Médecine d'Alger, est nommé *Officier de la Légion d'Honneur*.

M. le docteur Livon (de Marseille) est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

M. le docteur Bonnecaze (de Colombes) est nommé *Chevalier du Mérite Agricole*.

— La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille de vermeil : M. le docteur Hervey, de Troyes.

Médaille d'argent : MM. les docteurs Camous, de Nice ; Orlanducci, à Vescovato ; Verne, à Cadenet.

Médaille de bronze : MM. les docteurs Bézaguet et Vollier, de Paris ; Mir, interne à l'hôpital de Nice ; Gaussorgues, à Anduze.

Mention honorable : M. le docteur Baratier, à Jeugny.

OUVRAGES REÇUS

— **Ueber den einfluss des Wasserstoffsuperaxyd auf das Auge und dessen Verwendbarkeit in der Augentherapie**, par le docteur Hans Huss, tiré à part du *Klinische Monatoblatter für Augenheilhunde*. 1902.

— **La crise médicale, ses causes**, par le docteur B. Lefèvre, Gembloux, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille
14e Semaine, du 29 Mars au 4 Avril 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	3
3 mois à un an	9	2
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	6	6
40 à 60 ans	9	8
60 à 80 ans	8	11
80 ans et au-dessus	1	7
Total	46	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	5	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3	»	»	2	»	»	»	»	»	5	14	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	3	10	10
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3	»	»	4	»	1	»	»	»	6	16	21
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	6	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	2	1	»	»	3	»	»	»	»	»	9	18	13
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	2
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4	8	8
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	3
Total	2	1	»	»	»	2	»	4	10	9	12	»	»	13	»	1	»	»	»	35	89	89

N° 328. Septième Année N° 17 Le Numéro : 10 centimes. 26 Avril 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

M. MARGOTTET, Recteur de l'Académie de Lille

Le samedi 18 avril est décédé, en l'hôtel académique, M. Julien-Céleste Margottet, recteur de l'Académie de Lille. Quelques heures ont suffi à un œdème de la glotte pour enlever à l'affection des siens et à la respectueuse amitié des membres de l'Université un homme de cinquante-six ans, qui paraissait devoir défier les outrages du temps et survivre à bien d'entre nous.

La douloureuse nouvelle se répandit vite dans le monde universitaire et parmi les amis de notre Université. Aussi, malgré que les congés de Pâques fussent à peine terminés, nombreux furent ceux qui les abrégèrent pour pouvoir, par leur présence aux obsèques, témoigner de leurs sentiments vis-à-vis du chef respecté de notre centre universitaire lillois. Seuls étaient absents, ceux que les nombreux Congrès tenus en ce moment à Madrid, Rome, Biarritz, tiennent éloignés de Lille.



M. MARGOTTET, Recteur de l'Académie

Les obsèques solennelles ont eu lieu le mardi 21 avril dans un appareil et au milieu d'un concours d'amis et de fonctionnaires particulièrement nombreux et recueillis. Le char funèbre était entouré de MM. Combarieu, délégué du ministre de l'Instruction publique; Jeannerod, général commandant le 1er corps d'armée; Vincent, préfet du Nord; Sculfort, président du Conseil général du Nord; Delory, maire et député de Lille; Dupont, délégué du Conseil de l'Université de Lille; Crevaux, proviseur du lycée Faidherbe; Bonnaric, inspecteur d'Académie, directeur départemental de l'enseignement primaire du Nord.

Après la famille et le personnel des bureaux académiques, marchaient les inspecteurs d'Académie de la région, entourant l'un d'eux, M. Dubuc, faisant fonction de recteur; puis le Conseil de l'Université et les membres des quatre facultés, ensuite les professeurs des lycées et collèges, les instituteurs et institutrices, enfin tous ceux que leurs fonctions ou leurs relations personnelles avaient mis en rapport avec le défunt.

Nous avons plaisir à souligner que les délégations des quatre facultés étaient nombreuses. La faculté de droit était représentée par MM. les professeurs Wahl, doyen; Vallas, Lacour, Jacquey, les professeurs agrégés Jèze, Aftalion, Pilon. Parmi les membres de la faculté de médecine on comptait MM. les professeurs Combemale, doyen; Dubar, Gaulard, Baudry, Lambling,

WERTHEIMER, CURTIS, MORELLE, SURMONT, GÉRARD Ernest; les professeurs agrégés OUI, AUSSET, CARRIÈRE, DELÉARDE, GÉRARD Georges, VALLÉE, PATOIR, FOCKEU. De la faculté des sciences, étaient présents MM. les professeurs DAMIEN, doyen, GOSSELET, doyen honoraire, BERTRAND, DEMARTRES, HALLEZ, PICART, BUISINE, BARROIS, SWYNGEDAUW ; les chargés de cours LEMOULT, MALAQUIN. La faculté des lettres avait envoyé MM. les professeurs DUPONT, doyen, ARDAILLON, DUFOUR, PETIT-DUTAILLIS, LEFÈVRE, PIQUET, les chargés de cours DEROCQUIGNY, SAGNAC.

Du personnel auxiliaire de la faculté de médecine nous avons remarqué la présence des chefs de travaux ou préparateurs, MM. LE FORT, LEPAGE, JOUVENEL, DONZÉ, BERTIN, DEBEYRE. Conduits par leur président M. DE CHABERT, interne des hôpitaux, les membres de l'Union des étudiants de l'État, récemment reconstituée, drapeau en tête, assistaient au cortège. On ne peut pas ne pas citer les noms de quelques amis personnels de M. MARGOTTET présents à la cérémonie, tels les docteurs BURLUREAUX, agrégé du Val-de-Grâce, LOOTEN, M. LEFEBVRE, professeur au Lycée, etc.

Cette assistance, émue et recueillie, conduisit au service religieux, puis à la gare, pour être dirigée sur Dijon, la dépouille mortelle de M. MARGOTTET. Sur le cercueil plusieurs discours furent prononcés qui dirent tous les qualités de cœur et d'esprit du disparu. M. DUPONT, doyen de la faculté des lettres, au nom de l'Université, M. DE CHABERT, au nom des étudiants, parlèrent plus particulièrement avec leur cœur et nous ont autorisé à reproduire leurs paroles. Les voici :

Discours de M. DUPONT, Doyen de la Faculté des Lettres.

MESSIEURS,

Au nom du Conseil de l'Université de Lille, — à celui qui, il y a si peu d'heures, était son chef, respecté, aimé, — je viens dire le dernier adieu.

La mort qui, sans avertir, d'un geste brusque, saisit et emporte, en pleine santé, un homme utile, un homme bon, aimé, — cette mort-là soulève en nous, malgré nous, des pensées plus amères. Cette surprise, incrédule d'abord, puis sourdement irritée, nous l'avons tous éprouvée, samedi, quand tomba parmi nous la nouvelle que le recteur était mort. Cet homme si vivant, si souriant à la vie, si jeune enfin, — si c'est être jeune que d'agir et de vouloir, — cet homme que nous savions parti pour un court voyage de vacances et de délassement, et avec qui nous arrêtions, hier pour aujourd'hui, des rendez-vous d'affaires, — en quelques heures il était enlevé, et d'un coup si brutal qu'on ne sait pas même dire comment il a été porté ! Oh ! navrante à voir fut la douleur des siens, surpris en plein bonheur. Et chez nous tous, universitaires, ce fut une stupeur émue. Et par la ville, par toute la ville, ce fut un courant de pitié et de sympathie.

Devant cette cruauté des choses, qui lui paraît aveugle et injuste, la raison est désarmée. Tout l'effort de sa protestation, c'est peut-être de maintenir vivant le souvenir du mort, d'en fixer et garder une image qui survive, un temps, dans les mémoires et dans les cœurs. C'est donc cette image de M. le Recteur MARGOTTET, que je veux esquisser devant vous.

Je ne dirai pas ici la vie de l'homme et du professeur. Cela sera fait, ailleurs et plus tard. Je remarque seulement que cette carrière universitaire offre une belle unité : elle va, suivant une ligne bien droite, et toujours en montant. — Le 14 décembre 1868, MARGOTTET entre au Lycée de Lille comme maître auxiliaire, le plus modeste poste: au mois d'août 1896 il revient à Lille en qualité de Recteur, chef de l'Académie. C'est un long et beau chemin parcouru, par étapes régulières, par avancements toujours honorablement mérités. A l'Ecole normale, dans les grands laboratoires de Paris, dans les lycées où il professe, dans les chaires de faculté qu'il occupe, dans l'administration, toujours MARGOTTET est poussé en avant d'un mouvement régulier; et ce n'était pas le souffle de la faveur qui le portait, mais l'estime et la sympathie nées des saines et solides qualités de caractère et d'esprit qu'il avait.

Son caractère lui gagnait la confiance. L'œil clair, le regard droit, l'air ouvert, disaient la franchise, la loyauté, la bonté aussi. Et c'est un précieux don que la bonté exempte de faiblesse pour qui doit manier des hommes et ménager des intérêts. La simplicité de l'abord, l'aisance courtoise des manières, l'égalité de l'humeur achevaient de donner à notre Recteur une autorité débonnaire, qui avait quelque chose de la douceur de l'autorité paternelle.

Son intelligence avait des qualités un peu du même ordre : elle ne s'imposait pas à vous, elle vous gagnait, sans effort. Elle valait surtout par une vue nette des choses, par l'aisance à serrer les questions sans les amoindrir, mais sans leur permettre d'échapper à la prise en se compliquant. Lucidité, mesure, ordre et suite dans les pensées, cela s'appelle d'un nom un peu suspect aujourd'hui, toujours vrai, — le Bon Sens. On aurait dit autrefois du Recteur qu'il avait une bonne Judiciaire.

Ces mérites, toujours précieux, rares ici par leur juste assemblage, avaient assuré au Recteur dans son Académie une forte situation personnelle, depuis sept ans bientôt qu'il les employait à entretenir et développer chez nous l'enseignement à tous ses étages et sous toutes ses formes. Son activité se multipliait, sans effort apparent, mais sans s'épargner, pour le bien des trois ordres, le Supérieur, le Secondaire, le Primaire, qui avaient les mêmes droits à son impartiale sollicitude. Et, pour donner un exemple, je sais que, dans ces tout derniers temps, il s'occupait avec un soin passionné d'achever, dans les grandes villes du ressort, l'organisation de l'enseignement secondaire des jeunes filles.

Mais c'est dans le Conseil de l'Université, ce Sénat vivant et agissant des quatre facultés, que nous avons le mieux vu le Recteur à l'œuvre et que nous avons pu l'apprécier.

A nos réunions, il arrivait, exact, affable, accueillant. Il nous apportait les questions très bien étudiées ; il les exposait en un langage simple et clair. Il suivait le débat, le dirigeait, juste ce qu'il fallait pour l'empêcher de s'égarer. Il savait écouter, donc on l'écoutait. On se rangeait volontiers à son avis, parce que son avis était le plus sage, le plus mûr pour l'application pratique. Il présidait très bien parce que son principal souci était, tout en réglant les affaires, de ménager les intérêts, d'accorder les esprits et de concilier les caractères. Aussi s'en allait-on, sinon toujours content de l'issue du débat, au moins satisfait toujours de celui qui l'avait dirigé avec tant de bonne grâce et de sagesse souriante.

MESSIEURS,

L'homme qui est là, et qui va nous quitter, a été un très utile serviteur du pays et de l'Université ; pour l'Académie de Lille, il a été un bon, un excellent chef.

Je vous prie de nous associer tous pour, du fond du cœur, émus et reconnaissants, adresser à Monsieur le

Recteur MARGOTTET le salut suprême, pour lui dire l'Adieu qu'on ne dit jamais plus.

Discours de M. De CHABERT
Président de l'Union des Étudiants de l'État.

L'Union des Étudiants de l'État a considéré comme un grand honneur de rendre ici hommage, au nom de toute la jeunesse universitaire, à la mémoire vénérée de M. le Recteur MARGOTTET.

Si d'autres voix plus autorisées que la mienne ont pu retracer devant vous sa carrière si bien remplie, l'aménité de son caractère, ses inappréciables qualités d'homme du monde, je voudrais tenter de vous montrer en quelques mots bien courts combien les Etudiants Lillois ont perdu en la personne de leur regretté Recteur.

M. MARGOTTET porta toujours à la jeunesse universitaire le plus vif intérêt. Grâce au tact le plus parfait, il savait tout en même temps concilier notre allure quelque peu ardente parfois, avec les pouvoirs dont ses fonctions l'avaient revêtu.

Ce fut toujours lui qui, dès la première heure, nous fournit l'appui considérable de son autorité et de sa haute compétence. Les efforts faits par les Etudiants Lillois pour faire revivre la vieille solidarité universitaire furent toujours suivis par M. MARGOTTET avec une inlassable attention; et, du reste, Messieurs, est-il besoin de rappeler ici que c'est à lui-même qu'est due cette belle et noble idée, ce rêve vraiment digne d'un cœur comme le sien, de fonder à Lille la « Maison des Etudiants » lieu de refuge et de travail, lieu de relations suivies et cordiales avec nos Maîtres, maison enfin qui remplacerait pour la jeunesse la famille absente?

Dès son entrée à l'Université de Lille, il consacra tous ses efforts à une grande et bien belle tâche, à laquelle il voua toutes les ressources de son activité et de son énergie : la fusion idéale et parfaite, la grandeur et la prospérité de tous les éléments universitaires et académiques dont il avait la suprême direction.

Et, Messieurs, quand l'Union des Etudiants de l'Etat, après quelques années passées dans l'effacement et un peu dans l'ombre, vint à se reconstituer, à reprendre une vitalité nouvelle, nous avons trouvé auprès de notre vénéré Recteur l'appui le plus chaleureux et les plus précieux encouragements.

Aussi, c'est avec un profond sentiment de tristesse que nous avons vu disparaître aujourd'hui celui qui était à la fois pour nous, en même temps qu'un maître tout dévoué, un conseiller tout paternel. Et nous tenons à l'affirmer hautement ici : Nous avons contracté envers lui une dette d'éternelle reconnaissance : Le souvenir de notre vénéré Recteur demeurera pour toujours gravé dans la mémoire et surtout dans le cœur des Étudiants Lillois.

L'attention particulière que M. MARGOTTET portait à l'effort scientifique que représente l'*Écho médical du Nord* voudrait que notre louange personnelle s'ajoutât à celles, muettes ou proclamées, que tant de discrets et bons amis ont données à sa famille en ce jour de deuil. Les deux discours que nous reproduisons disent mieux que nous ne saurions le faire les sentiments qu'éprouvaient pour notre vénéré recteur les membres du Comité de rédaction et les lecteurs de ce journal ; nous prions Madame et Mademoiselle MARGOTTET, ainsi que Madame GRENIER, de les considérer comme l'expression la plus sincère et très respectueuse de notre douloureuse sympathie.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire gauche

Leçon clinique par M. le Professeur **L. Dubar**

MESSIEURS,

Le 1er décembre dernier entrait dans mon service une jeune femme de 19 ans 1/2, couturière, présentant tous les attributs d'une bonne santé, qui venait nous demander de la débarrasser d'une tuméfaction disgracieuse qu'elle portait au-dessous de la partie latérale gauche du maxillaire inférieur.

Le gonflement de la région sus-hyoïdienne gauche sautait aux yeux ; mais on était aussi frappé immédiatement par l'aspect insolite de la déformation, qui ne paraissait avoir qu'une ressemblance assez lointaine avec les lésions ganglionnaires que nous sommes habitués à rencontrer dans cette région.

Une investigation minutieuse devenait nécessaire en présence d'un cas qui sortait de l'observation courante. Nous y avons procédé ensemble, cherchant d'abord à bien fixer le siège de la lésion, puis à en déterminer la nature.

Nous avons tout d'abord laissé la parole à la malade qu'entre temps nous avons interrogée sur ses antécédents.

Elle nous a raconté qu'elle s'est aperçue pour la première fois, vers l'âge de douze ans, de l'existence d'une petite grosseur au-dessous du bord inférieur gauche du maxillaire inférieur. Quel pouvait en être alors le volume? une petite noix tout au plus. Elle était d'ailleurs indolore et n'amenait aucune gêne. Aussi la malade y prêta-t-elle tout d'abord fort peu d'attention. Cependant insensiblement son volume fit des progrès, en sorte qu'elle devint visible et un peu gênante. Retenons que la grosseur s'est développée peu à peu en sept ou huit ans, sans souffrance.

Comme antécédents, ses parents sont bien portants. Elle-même n'a connaissance que d'une rougeole

bénigne vers l'âge de huit ans. Elle ne se souvient pas d'avoir eu d'affections des yeux, du nez, des oreilles, ni des glandes au cou. On n'aperçoit nulle trace de cicatrice à la peau. Sa menstruation s'est établie facilement à l'âge de quatorze ans et se poursuit chaque mois d'une manière régulière. En somme bonne santé habituelle. Pas de tare héréditaire.

Nous avons procédé alors à l'examen méthodique de la tuméfaction.

En regardant la malade en face, on aperçoit au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur une saillie très accusée à gauche sans changement de coloration à la peau. En faisant ouvrir la bouche et en examinant le plancher buccal, on ne découvre aucune saillie anormale. La muqueuse n'est pas plus vascularisée à gauche qu'à droite.

La tuméfaction saisie entre les doigts a une consistance assez ferme et paraît avoir le volume d'une petite orange. Comme elle jouit d'une assez grande mobilité, sauf dans les parties profondes où elle a un peu plus de fixité, on reconnaît facilement ses limites. Elle s'étend de l'angle de la mâchoire qu'elle déborde légèrement par une saillie arrondie jusqu'au voisinage de la ligne médiane et verticalement du bord du maxillaire à l'os hyoïde. Elle offre approximativement six centimètres de largeur et quatre centimètres de hauteur. Elle s'enfonce profondément dans la région au-dessous du bord du maxillaire et un doigt placé sur le côté gauche du plancher de la bouche perçoit nettement les mouvements communiqués à la tumeur.

La tuméfaction occupe donc toute la région sus-hyoïdienne latérale et les parties profondes de cette région, c'est-à-dire la loge de la glande sous-maxillaire. C'est là à n'en pas douter qu'elle a pris naissance pour se développer ensuite vers l'extérieur et déborder légèrement l'angle de la mâchoire.

Vous savez, Messieurs, ce que l'on rencontre dans la loge sous-maxillaire : la glande salivaire de ce nom, des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire. Les affections des ganglions sont communes ; celles de la glande sous-maxillaire sont, au contraire, assez rares. Comment arrive-t-on à les distinguer ? Ce n'est pas toujours facile.

Différents signes ont été donnés pour faire cette différenciation.

On a fait observer que les ganglions lymphatiques étaient ordinairement placés en dehors et en arrière de la glande, en sorte que si la tumeur est plus rapprochée de l'angle de la mâchoire que du menton, il y a plus de probabilité pour une tumeur ganglionnaire. La tuméfaction siège-t-elle au milieu de l'espace compris entre le menton et l'angle de la mâchoire, on songera plus volontiers à une affection de la glande sous-maxillaire. Mais on peut rencontrer des ganglions au-dessus et au-dessous de la glande, en sorte que ce signe perd beaucoup de sa valeur. D'autre part, dans les cas de tuméfaction allant de l'angle de la mâchoire au menton comme chez notre malade, nous ne pouvons tirer aucune conclusion ferme.

Plus aléatoires encore sont les deux signes suivants :

A. Dans les tumeurs de la glande sous-maxillaire, la sécrétion salivaire est diminuée ou supprimée. La simple diminution est bien difficilement appréciable Quant à la suppression, elle doit être exceptionnellement observée, car il est rare que le tissu glandulaire soit détruit en totalité, et quand il en reste, la salive continue à sortir par le conduit de WARTHON.

B. D'après TALAZAC, il suffit d'introduire un stylet dans le canal de Warthon et d'observer les mouvements qu'impriment à ce stylet les déplacements de la tuméfaction. Dans le cas où les mouvements se transmettent, il s'agit d'une tumeur glandulaire. Mais pour qui connaît les rapports intimes des ganglions lymphatiques avec la glande, il est manifeste que le stylet doit remuer, qu'il s'agisse d'une tumeur ganglionnaire ou glandulaire

Vous ne compterez donc pas beaucoup sur les signes précédents pour vous faire une opinion. Il est heureusement des renseignements plus précieux tirés de la marche de la maladie et du nombre des tuméfactions observées. Les tumeurs ganglionnaires ont une marche beaucoup plus rapide que les tumeurs glandulaires. Celles-ci mettent des années pour acquérir le volume qu'un ganglion lymphatique peut présenter en quelques semaines ou quelques mois. Sans doute, je ne parle pas du cancer glandulaire qui a une marche rapide, mais dans ce cas glande salivaire et ganglions sont pris et le diagnostic n'a plus d'intérêt. D'autre part les tuméfactions ganglionnaires sont généralement multiples, qu'elles soient agglomérées ou disséminées, tandis que les tumeurs de la glande sous-maxillaire sont uniques.

Chez notre malade la tumeur unique a mis huit ans à se développer lentement et progressivement. Elle occupe la région de la glande sous-maxillaire, il y

avait donc de grandes probabilités pour admettre une tumeur de la glande sous-maxillaire.

Cependant, pour éviter toute chance d'erreur, j'ai tenu à passer en revue devant vous les tumeurs secondaires ou primitives des ganglions que l'on peut observer dans cette région pour les éliminer successivement.

Je ne me suis pas arrêté aux adénites ou adénophlegmons aigus ou subaigus, pouvant produire une tuméfaction considérable de la région sous-maxillaire et dépendant d'une dent malade, d'une ostéo-périostite d'une écorchure, de l'eczéma de la face et du cou, du chancre des lèvres, etc. L'exploration de toutes ces régions est restée négative. Rien dans les phénomènes locaux, rien dans l'état général ne pouvait y faire songer un instant.

J'ai envisagé avec plus d'attention l'hypothèse d'une adénite chronique ou d'une dégénérescence ganglionnaire.

L'adénite chronique, ordinairement tuberculeuse, se présente dans la région sous-maxillaire tantôt sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, indolente, mobile, sans changement de couleur à la peau; tantôt sous forme d'une tuméfaction inégale, irrégulière, mobile, de consistance élastique, constituée par l'agglomération d'un certain nombre de ganglions voisins à développement assez rapide. Mais après avoir présenté ces caractères pendant un temps plus ou moins long, des poussées inflammatoires se produisent, amenant des adhérences à la peau et des tendances à la suppuration. Elles se rencontrent chez des sujets à tempérament scrofuleux ou tuberculeux, qui présentent ou ont présenté des lésions de même nature du côté des yeux, du nez, etc.

Il est bien rare de ne pas rencontrer chez eux des ganglions engorgés dans d'autres régions ou d'autres manifestations de la diathèse tuberculeuse.

Les dégénérescences épithéliomateuses des ganglions sous-maxillaires sont toujours secondaires à des épithéliomas des lèvres ou de la muqueuse buccale. On ne les rencontre pas à l'âge de notre malade.

Restaient les tumeurs primitives des ganglions. Le lymphosarcome présente une marche rapide, de vives douleurs et des adhérences étendues à la peau et aux parties voisines.

Le lymphadénome se montre dans deux conditions:

A. Sous forme de tumeurs multiples, occupant un grand nombre de régions, les côtés du cou, les aisselles, les plis de l'aîne, la peau, etc., avec ou sans augmentation du nombre des globules blancs du sang. Dans le premier cas il s'agit d'une leucocythémie; dans le second d'une adénie.

B. Sous forme d'une tumeur isolée, régulière, mobile, indolente, qui, dans certains cas, occupe la région sus-hyoïdienne latérale comme chez notre malade. Mais ce genre de tumeur n'apparaît généralement pas avant trente ans et dès qu'elle a atteint un certain volume sa marche est plus rapide que dans le cas qui nous occupe. Enfin il est rare qu'on ne trouve pas dans le voisinage, dans la région carotidienne, quelques ganglions plus petits.

Après avoir éliminé toutes les tuméfactions ou tumeurs ganglionnaires secondaires ou primitives, le diagnostic de tumeur de la glande sous-maxillaire s'imposait de plus en plus.

Pouvions-nous maintenant aller plus loin et présumer la variété de tumeur à laquelle nous avions affaire?

Il ne pouvait être question ici d'une tuméfaction à marche rapide, comme de gonflement de la glande sous-maxillaire par suite de l'obstruction du canal de Warthon par un calcul. Il n'y avait aucune tuméfaction dure sur le trajet du canal salivaire et nous pûmes voir de la salive sourdre par l'orifice du canal de Warthon.

Il ne s'agissait pas non plus d'une tumeur maligne. La tumeur de notre malade avait mis huit ans à se développer, sans douleur, et bien loin de présenter des adhérences aux parties voisines comme les tumeurs malignes elle offrait une grande mobilité.

En raison même de cette mobilité, de sa consistance généralement dure, de ses surfaces lisses avec quelques bosselures arrondies, nous arrivâmes à conclure qu'elle contenait des parties fibreuses et chondromateuses et comme cela est si fréquemment rencontré dans la glande parotide qu'il s'agissait très probablement d'une tumeur mixte.

La structure de ces tumeurs mixtes est assez complexe. Le tissu fibreux y est associé à du tissu cartilagineux, à du tissu ostéoïde, voire même à du tissu osseux véritable. On y rencontré parfois encore du myxome ou du sarcome. L'examen microscopique peut seul renseigner sur la structure variable de ces tumeurs.

La clinique nous enseigne que ces tumeurs mixtes se comportent pendant une longue période de leur

évolution comme des tumeurs bénignes. Mais à un moment donné elles sont susceptibles de changer de caractère, de prendre une marche rapide et envahissante, en un mot de se comporter comme de véritables tumeurs malignes. Aussi faut-il les enlever le plus rapidement possible. A cette condition l'intervention peut être suivie d'une guérison durable.

L'opération étant d'ailleurs réclamée par la jeune femme, j'y ai procédé sous chloroforme le 5 décembre dernier.

Une incision légèrement courbe est menée par le milieu de la région sus-hyoïdienne latérale, parallèlement au bord du maxillaire, débordant d'un centimètre en avant et en arrière le grand diamètre de la tumeur. Je sectionne la peau, le peaucier, l'aponévrose superficielle. La tumeur apparait blanchâtre dans certains points, gris rougeâtre dans le reste de son pourtour. Cette partie grise et rouge me paraît être la glande sous-maxillaire amincie, étalée à la surface de la tumeur à laquelle elle semble adhérer assez intimement. Dans ces conditions mon parti est vite pris. J'enlève la glande sous-maxillaire avec le néoplasme. Je la libère d'abord en haut, en bas et en dedans, la dégageant peu à peu et la pédiculisant vers son pôle externe en dehors de l'angle de la mâchoire où est la région vasculaire dangereuse. L'artère faciale est liée en deux points au-dessous du maxillaire et contre la carotide externe. La tumeur et la glande sous-maxillaire enlevées, on voit toute la loge sous-maxillaire disséquée et au-dessous de l'angle de la mâchoire et du bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien l'artère carotide externe.

Je place un drain dans l'angle externe qui ne sera laissé en place que quarante-huit heures et je referme la plaie.

Les suites opératoires ont été des plus simples, les crins sont enlevés le 13 décembre. Il y a réunion par première intention. L'opérée sort guérie quelques jours plus tard.

Examen de la tumeur. — La tumeur y compris la glande sous-maxillaire qui la recouvre, sauf dans sa partie externe, a le volume d'une petite orange. Elle est sectionnée en deux parties. Son tissu crie sous le scalpel. Le taillant du couteau s'ébrèche sur sa partie centrale qui paraît constitué par du tissu osseux. La surface de section est gris rosé à la périphérie sur une couche de 2 ou 3 millim. (tissu de la glande sous-maxillaire refoulé), blanc ou nacré avec çà et là quelques points jaunâtres. Sa consistance est généralement dure, fibreuse ou cartilagineuse. Dans une certaine étendue, on peut soulever la couche gris rosé et séparer la tumeur de la glande sous-maxillaire. Dans d'autres points, l'adhérence est intime.

La pièce est placée dans une solution de formol au 1/10e et adressée à M. le Professeur Curtis. Voici le résultat de l'examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique d'après une note qui m'a été remise par M. Curtis.

« La tumeur est formée par une trame conjonctive dans laquelle on rencontre : des fibres lamineuses, des plaques de cartilage, des plaques et des travées de tissu ostéoïde et même de véritable tissu osseux. Toutes ces parties se tiennent et l'on passe insensiblement de l'une de ces formations à l'autre. Il y a même çà et là des points de dégénérescence myxomateuse.

Au milieu de ce stroma, remplissant les mailles de ce réseau conjonctivo-chondro-ostéoïde, se trouvent des amas de cellules en nappes étendues ou en traînées et en bourgeons disséminés : cellules d'aspect épithélioïde groupées par places autour de cavités rappelant des cavités glandulaires.

Ces caractères réunis font de cette tumeur un type de tumeur mixte de la sous-maxillaire.

Vous voyez, Messieurs, que l'examen histologique est venu confirmer le diagnostic clinique probable.

L'origine de ces tumeurs est encore aujourd'hui des plus discutée et cela en raison même de leur structure, montrant des masses épithéliales des traînées ou des bourgeons épithéliaux au milieu d'un stroma constitué par des tissus dérivés de la série conjonctive. Pour les uns l'épithélium glandulaire semble être l'origine de la prolifération. La tumeur est tout d'abord un adénome ; pour les autres c'est le tissu conjonctif interacineux qui prolifère et se transforme ; la tumeur est un fibro-chondrome.

En France, depuis le remarquable mémoire de Berger et les travaux de Malassez, l'origine épithéliale de ces tumeurs est admise. Mais pendant une longue période l'élément épithélial est contenu, étouffé par une réaction particulière et très active du stroma. Aussi, quoique d'origine épithéliale, la tumeur se comporte comme une tumeur bénigne. Puis vient une période où les masses épithéliales contenues bourgeonnent et pullulent avec une grande rapidité, la tumeur prend les caractères d'une tumeur maligne

commençant à l'adénome, la tumeur aboutit à un épithélioma caractérisé.

Cette théorie est séduisante et satisfaisante pour l'esprit.

Mais elle est loin d'être admise partout. Beaucoup d'auteurs étrangers placent le point de départ de ces tumeurs non dans les acini, mais dans le tissu interstitiel qui les sépare. Les uns les font naître du tissu conjonctif (Virchow), les autres des vaisseaux sanguins (Kolaczeck), d'autres enfin de l'endothélium lymphatique (endothéliomes radiculaires de Volkmann). M. Curtis, dans son mémoire de 1899 (*Archives provinciales de médecine*), a défendu avec talent cette dernière conception.

Cependant Hinsberg, dans un mémoire de 1899 paru après celui de M. le Professeur Curtis (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, band 51*), a émis l'hypothèse que ces tumeurs pouvaient être d'origine embryonnaire. Ce seraient des inclusions de germes fœtaux qui en seraient le point de départ. Les productions ostéochondroïdes s'expliqueraient par le voisinage du cartilage de Meckel. Ce seraient des tumeurs branchiogènes. Cette interprétation séduisante, qui explique bien certaines particularités de ces tumeurs, est accueillie avec quelque faveur par les anatomo-pathologistes.

Origine glandulaire, origine interstitielle, origine embryonnaire, telles sont les trois hypothèses en présence, qu'il importait de vous faire connaître, sans prendre parti. M. Curtis compte d'ailleurs faire des recherches très détaillées au point de vue de l'origine de la tumeur sur la pièce que je lui ai confiée. Il nous fera connaître plus tard le résultat de ses investigations.

Rein unique en fer à cheval à concavité supérieure

par MM. G. Gérard et Deléarde, professeurs-agrégés.

Sur un sujet masculin de 27 ans, les deux reins, sensiblement symétriques, étaient soudés à leur extrémité inférieure de façon à représenter le rein classique en fer à cheval à concavité supérieure. Cette masse unique, placée par sa partie moyenne au devant de la colonne lombaire, était constituée par deux portions — latérale droite et latérale gauche — rappelant des reins normaux en place normale, reliées par un pont inter-rénal horizontal plus haut vers la droite, échancré des deux côtés sur sa face antérieure par le passage des uretères.

La portion latérale gauche avait les dimensions suivantes :

Hauteur : 115 mm.

Largeur : 50 mm. à la partie supérieure ; 43 mm. de la lèvre antérieure du hile au bord externe ; 51 mm. de la lèvre postérieure du hile au bord externe ; 47 mm. à la partie inférieure.

Épaisseur : 33 mm.

L'*artère rénale gauche principale*, assez grêle (4 mm. de diamètre) passait en avant des branches d'origine de la veine et donnait : *a*) une branche pour l'extrémité supérieure du hile ; *b*) une branche moyenne, volumineuse, située horizontalement au-dessous de la précédente ; *c*) une branche inférieure qui glissait obliquement pour gagner la lèvre antérieure du hile au devant des ramifications veineuses ; *d*) une branche postérieure sus-pyélique.

L'*artère rénale gauche accessoire* (origine inconnue) volumineuse — 6 mm. de diam. — glissait horizontalement contre l'extrémité inférieure du hile et donnait : *a*) une trans-rétro-pyélique ; *b*) une pie-pyélique qui suivait le bord inférieur du hile.

Il existait en outre une artère perforante qui abordait la portion gauche par sa face antérieure.

La *veine rénale gauche*, unique, naissait de deux grosses ramifications pie-pyéliques, *rétro-artérielles*.

Le *bassinet*, volumineux, ramifié, était formé par trois grosses racines.

Tout le hile du rein gauche était aplati et reporté en avant.

La portion latérale droite avait des dimensions un peu plus réduites :

Hauteur : 10 centimètres.

Largeur : 51 mm. en haut ; 46 mm. de la lèvre antérieure du hile au bord externe ; 52 mm. de la lèvre postérieure du hile au bord externe ; 24 mm. à la partie inférieure.

Épaisseur : 28 mm.

Le hile, très long et très aplati, reporté en avant, occupait les 3/5 inférieurs de la face interne.

La *veine rénale droite*, unique, naissait de trois ramifications, les deux inférieures très obliques, la supérieure recouverte par les divisions antérieures de l'artère rénale.

L'*artère rénale principale* se divisait dans le hile où elle fournissait : *a*) une branche supérieure extra-hilaire ; *b*) une branche moyenne, la plus importante, qui glissait au-dessous, puis *en avant* de la division rénale supérieure et donnait de gros rameaux supérieurs, un rameau inférieur qui descendait sur la lèvre antérieure du hile au devant de la deuxième ramification veineuse ; *c*) une branche postérieure, sus-rétro-pyélique accompagnée d'une petite ramification veineuse.

L'*artère rénale droite accessoire* (origine inconnue) se distribuait en arrière à la partie inférieure du hile ; elle

donnait en outre une ramification importante à la partie droite du pont.

Le *bassinet*, ampullaire, très dilaté (hauteur : 38 mm., largeur : 28 mm.) naissait par trois grosses racines étagées sur la hauteur du hile ; il se rétrécissait brusquement ; l'uretère droit passait au devant du pont inter-rénal.

Le PONT INTER-RÉNAL, large de 40 mm., haut de 25 mm. à sa partie moyenne, de 18 mm. seulement à gauche, de 34 mm. à droite, était épais de 8 mm.

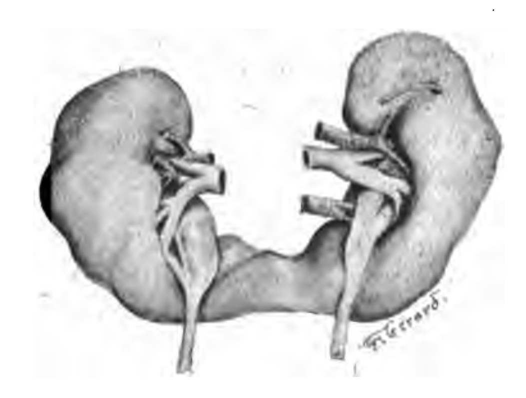
INTERPRÉTATION. — Envisagé dans son ensemble, le rein unique se composait :

1° D'une masse gauche rappelant un rein normal par sa place et son contour, anormal par son hile aplati, ayant basculé légèrement en bas et en dedans par son extrémité inférieure ;

2° D'une masse droite figurant un rein qui aurait dû subir un fort mouvement de translation vers la gauche et dont le hile, fortement échancré, très aplati et reporté en avant, empiétait sur toute la partie droite du pont par sa lèvre postérieure ;

3° D'un pont d union que nous n'hésitons pas à rapporter à l'extrémité inférieure, anormalement développée, du rein droit.

Nous ne pouvons donner aucun détail touchant l'origine des vaisseaux, la disposition, le volume, etc. des corps sur-



rénaux. La pièce trouvée dans une autopsie médico-légale, a été adressée telle que nous l'avons décrite.

Quoi qu'il en soit, de l'étude critique d'observations analogues, nous pensons qu'on peut admettre que, dans tout rein unique en fer à cheval, il existe toujours une portion qui rappelle bien un rein normal, et une portion opposée qui, toujours moins longue, dirigée obliquement, est plus ou moins bouleversée. C'est aux dépens de cette portion défigurée que doit se former, par allongement de l'extrémité inférieure — exceptionnellement de l'extrémité supérieure — le pont de substance unissant les deux masses.

Le rein en fer à cheval ne serait ainsi causé que par le déplacement d'un seul rein ayant, par suite d'une déviation très précoce lors d'un développement anormal, acquis des relations intimes avec un rein normal du côté opposé.

Consultations Médico-Chirurgicales

Accès Eclamptiques

Professeur-agrégé : M. OUI.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Chez une femme arrivée au septième ou au huitième mois de sa grossesse, ou bien encore au cours du travail de l'accouchement, plus rarement dans les quelques heures ou même les premiers jours qui suivent la délivrance, se produisent des accidents nerveux caractérisés par une période d'agitation accompagnée de contractions fibrillaires des muscles de la face, suivie de convulsions toniques, puis de convulsions cloniques, le tout terminé par une période de coma plus ou moins prolongée. Chez cette femme, vous avez constaté antérieurement de l'albuminurie, ou, appelé à la voir pour la première fois, vous recueillez de l'urine et y constatez la présence de l'albumine. En outre, depuis quelque temps déjà, la malade avait accusé des troubles du système nerveux : hébétude, amnésie, céphalée, douleur au creux épigastrique, troubles de la vue, troubles respiratoires, prodromes des accès que vous constatez maintenant. Vous avez affaire à un *accès éclamptique.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La cause première des accès éclamptiques réside dans une auto-intoxication due à la formation excessive de poisons dans l'organisme et à l'élimination insuffisante de ces poisons. La manifestation de ces accès peut être isolée ou répétée, simple ou compliquée d'incidents divers.

De ces notions découlent les indications suivantes : 1° diminuer, dans la mesure du possible, la formation des poisons organiques ; 2° favoriser l'élimination des poisons déjà en circulation dans l'organisme : 3° diminuer la fréquence et l'intensité des accès ; 4° empêcher les accidents auxquels ils peuvent donner lieu.

On aura du reste à remplir ces indications dans des cas différents, soit que l'on puisse intervenir dans la période prodromique, soit, au contraire, que l'on se trouve en face d'accès déclarés, ces accès eux-mêmes pouvant se produire au cours de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches.

TRAITEMENT. — Les indications pathogéniques et cliniques ci-dessus énoncées sont remplies par un traitement successivement prophylactique, curatif, obstétrical et consécutivement à l'accès hygiénique.

A. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il convient de le graduer suivant les symptômes observés.

I. *Rien ne menace.* — Chez toute femme albuminurique, au cours de la grossesse, instituez le **régime lacté absolu**, de façon à réduire au minimum la production des poisons intestinaux et à faciliter la diurèse éliminatrice. **Surveillez le fonctionnement de l'intestin et combattez la constipation,** fréquente chez les femmes enceintes, plus fréquente encore chez celles qui sont soumises au régime lacté. Ayez recours aux purgatifs légers et aux laxatifs : huile de ricin, rhubarbe, infusion de séné et aux lavages intestinaux. **Exigez le séjour à la chambre, le repos,** sinon au lit, au moins sur la chaise longue. Vous diminuerez ainsi la production des toxines qui résultent de la contraction musculaire. Vous éviterez aussi à votre malade les variations de température; **craignez pour elle le froid** qui a sur le rein une action fâcheuse.

II. *Quelques menus prodromes.* — Si, par extraordinaire, vous voyez, malgré ces soins, se produire un ou plusieurs des prodromes indiqués plus haut, n'attendez pas l'apparition des accès, que vous pourrez encore prévenir. Activez l'élimination des toxines, en administrant sans tarder un **lavement purgatif**, suivant la formule :

Infusion avec :	Feuilles de séné.......	10	grammes.
	Eau bouillante........	500	»
Ajoutez :	Sulfate de soude.......	15	»

III. *Prodromes menaçants.* — Si les prodromes deviennent très menaçants, pratiquez une **saignée** de 300 à 400 grammes. En même temps, **mettez votre malade à l'abri de toute excitation** capable d'agir sur le système nerveux et de provoquer l'apparition d'un accès. Laissez-la au lit dans une chambre chaude, demi obscure, sans bruit autour d'elle.

Donnez-lui, par vingt-quatre heures, trois à quatre grammes d'**hydrate de chloral**, chaque prise de chloral coïncidant avec l'absorption d'une tasse de lait, de façon à diluer largement le médicament et à éviter d'irriter l'estomac.

Appliquez avec rigueur cette même thérapeutique à tous les cas dans lesquels se montrent les symptômes de toxémie, même si la malade n'est pas albuminurique, ce qui arrive quelquefois.

B. — TRAITEMENT CURATIF. — Le traitement curatif s'adresse à l'attaque elle-même et aussi à l'autointoxication. Il est applicable pendant l'attaque et dans l'intervalle des attaques.

α. — **Traitement de l'attaque.** — L'attaque d'éclampsie est dangereuse en elle-même par les troubles respiratoires et circulatoires qu'elle provoque. Il y a donc intérêt à espacer les attaques ou à en réduire le plus possible la durée.

DURANT L'ATTAQUE. — 1° On prendra d'abord, au cours de l'attaque, toutes précautions pour empêcher la femme de tomber de son lit ou de se faire de profondes morsures de la langue, causes d'hémorrhagies parfois graves. Les mêmes précautions recommandées au traitement prophylactique seront continuées en ce qui concerne la chambre et l'entourage de la malade.

2° A l'apparition des premiers signes de l'accès, on administrera immédiatement du **chloroforme,** dont on continuera l'inhalation jusqu'à ce que tout mouvement convulsif ait cessé et que la respiration soit redevenue régulière. Pendant tout ce temps, on fera maintenir la malade dans son lit en décubitus dorsal.

D'autre part, dès le début de l'accès, pliez un mouchoir de façon à lui donner une largeur de trois doigts. Introduisez-le entre les arcades dentaires et tendez-le bien, de façon à maintenir la langue appliquée sur le plancher de la bouche et à l'empêcher de venir faire saillie entre les dents.

DANS L'INTERVALLE DES ACCÈS : Une fois la convulsion terminée, dans la crainte d'une convulsion prochaine faites prendre d'emblée, dans un bol de lait, quatre grammes d'**hydrate de chloral**. Si l'administration par la bouche est impossible, donnez, après évacuation préalable de l'intestin, un lavement avec

Hydrate de chloral. . . .	4	grammes
Jaune d'œuf	N° I	
Lait.	100	gr.

Si ce lavement n'est pas gardé, renouvelez le jusqu'à tolérance. Le chloral sera continué dans l'intervalle des attaques, jusqu'à ce que les accès ne se reproduisent plus. Selon que l'administration par la bouche sera ou ne sera pas possible, le médicament sera donné : à la dose d'une cuiller à bouche de sirop de chloral dans un bol de lait, toutes les heures ; sous forme de lavement, selon la formule ci-dessus, toutes les quatre heures. On peut ainsi arriver à faire absorber de 16 à 20 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures.

Lorsque la sédation des symptômes aura été obtenue, surveillez la malade de près de façon à lui faire inhaler du chloroforme à la moindre menace d'accès.

β. **Traitement de l'auto-intoxication.** — Dans cette partie du traitement, tout l'effort doit porter sur l'élimination des toxines, élimination que l'on favorise en agissant sur l'intestin, sur le rein et sur le sang.

1). *Sur l'intestin.* — Vous avez donné ou vous donnerez de prime abord, le **lavement purgatif** (séné et sulfate de soude) dont la formule est plus haut.

2) *Par le rein.* — Favorisez la diurèse par l'absorption de **lait.** Le lait devra être pris à la dose d'un bol toutes les heures. Dans le cas où l'état de la malade ne lui permettrait pas de boire, vous pourrez avoir recours à la sonde pour introduire le lait dans l'estomac.

Ces moyens, associés aux sédatifs, suffisent habituel-

lement pour enrayer les attaques éclamptiques, lorsqu'elles ne sont ni longues, ni rapprochées, c'est-à-dire lorsqu'on a affaire à une forme légère.

Sur le sang. — Lorsque les attaques sont longues et rapprochées, lorsque les troubles circulatoires et respiratoires sont accentués, quand il y a élévation progressive de la température, lorsque, en un mot, il s'agit d'une forme grave, un moyen puissant est la **saignée**. Faites, au pli du coude, une saignée de 500 grammes. Ainsi, vous soustrayez à l'organisme une forte dose de toxines (Bouchard) et vous agissez favorablement sur les phénomènes de congestion cérébrale et pulmonaire.

Mais la saignée, en abaissant la tension sanguine, a l'inconvénient de diminuer la diurèse. Vous la ferez donc suivre d'une **injection hypodermique d'eau salée** à 7 pour mille. Si vous avez retiré par la saignée 500 grammes de sang, vous ferez une injection de 500 grammes d'eau salée.

L'injection salée devra toujours être associée à la saignée, et non pratiquée isolément. Le rein, en effet, est souvent, dans l'éclampsie, peu perméable et l'injection de sérum salé, sans saignée préalable pourrait augmenter de façon excessive la tension sanguine et favoriser l'œdème pulmonaire.

C. TRAITEMENT OBSTÉTRICAL. — L'intervention est variable suivant que l'éclampsie survient au cours de la grossesse ou au cours de l'accouchement.

a) **Au cours de la grossesse.** — Si l'éclampsie se déclare pendant la grossesse, contentez-vous de la thérapeutique décrite jusqu'ici. Il y a, en effet, avantage à **guérir l'éclampsie sans interrompre la grossesse**, l'enfant pouvant survivre et naître vivant plus tard. De plus, l'évacuation de l'utérus n'exerce pas toujours une action favorable, les attaques pouvant continuer et même devenir plus nombreuses après la délivrance. Cependant, dans les formes très graves il peut y avoir *exceptionnellement* avantage à évacuer rapidement l'utérus par les moyens indiqués ci-dessous.

b) **Au cours de l'accouchement.** — Si le travail se déclare pendant l'éclampsie ou si les attaques d'éclampsie ont débuté au cours de l'accouchement, **il y a tout intérêt à abréger la délivrance.**

1° Il faut favoriser la dilatation par : α) rupture des membranes, s'il existe une forte tension de l'œuf (hydramnios, grossesse gémellaire) et à condition que le fœtus se présente longitudinalement ; β) par l'application d'un ballon de Champetier de Ribes si aucune partie fœtale n'est engagée ; γ) la dilatation manuelle de l'orifice utérin, si le fœtus est engagé dans l'excavation.

2° Une fois la dilatation complète, on terminera l'accouchement : α) par le forceps, au cas de présentation du sommet engagé ; β) par la version, au cas de présentation de l'épaule ou de présentation du sommet mobile au détroit supérieur ; γ) par la basiotripsie au cas où l'e fant, se présentant par le sommet, est mort.

Ne pratiquez aucune intervention autrement que sous anesthésie chloroformique complète. En négligeant cette précaution, vous risqueriez de provoquer de nouvelles attaques.

Soyez rigoureusement aseptique, étant donné la facilité et la gravité de l'infection chez les éclamptiques.

N'usez pas d'antiseptiques toxiques, en raison du mauvais état des organes d'élimination. Donc, pas de sublimé, pas d'acide phénique ; employez le permanganate de potasse, l'aniodol, etc...

D. TRAITEMENT APRÈS LES ATTAQUES. — Surtout hygiénique, le traitement après les attaques peut être aussi actif.

Dans les cas ordinaires, le régime lacté absolu sera continué jusqu'à disparition de l'albuminurie ou de tout autre symptôme d'intoxication.

S'il y a encore un peu d'agitation, on donnera du chloral à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Au cas où les phénomènes d'intoxication, tels que coma, dyspnée céphalalgie violente, se prolongent, on aura recours de nouveau au lavement purgatif : si l'effet produit n'a pas été suffisant : à la saignée suivie d'injection hypodermique de sérum salé.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Compte-Rendu du voyage de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie, par MM. CARRON DE LA CARRIERE et LAIGNEL-LAVASTINE, résumé des conférences, Paris, Naud, 1902.

Très abondamment illustrée de clichés pris par les confrères qui assistèrent à ce voyage, ce volume est attachant et fait revivre les journées passées à visiter les stations françaises. Il sera bientôt suivi de deux autres relatant le voyage de 1900 et celui de 1902 ; nous leur prévoyons bon accueil, surtout s'ils sont présentés avec le même cachet de bon goût que celui-ci.

D[r] F. C.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réclame contre réclame

Lutter, à armes égales, contre les pratiques que nous avons récemment dénoncées, — contre la réclame employer la réclame, ainsi que le recommande notre si autorisé collègue, M. le docteur FOLET (*suprà*, p. 184 et 190), — c'est fort bien.

Mais où s'arrêtera cette lutte ? Et qui y aura le dernier mot ?

Voici, sans commentaires, ce que l'on pouvait lire dans le *Journal des Débats*, du 22 avril 1903 :

Les nouveaux médecins hollandais

« Les nouveaux médecins hollandais sont en fonte, et, pour plusieurs de leurs parties, en fer blanc, ce qui leur assure, sur leurs confrères en chair et en os, l'avantage de la solidité. Etant d'ailleurs automatiques, ils ne sont pas sujets au doute. Ils n'hésitent pas, ils ne tâtonnent pas, ils n'oscillent pas autour de l'erreur. Ils marquent la vérité immédiatement et ne bronchent plus. On les trouve dans les gares, à côté de la bascule et de l'horloge, dont ils participent. Un ingénieux constructeur leur a donné la forme d'un vieux et débonnaire praticien, à perruque et à lunettes, avec une culotte à la vieille mode, un bel habit et une canne qui les soutient. Il les a, de plus, percés de diverses tirelires, et chacune représente un symptôme morbide, dont elle porte d'ailleurs l'étiquette. Un pauvre homme, qui se sent un peu dolent, au lieu de consulter un médecin, et de perdre son temps en entretiens et en démarches, s'en va à la gare. Il met 10 centimes dans la tirelire « Je tousse », 10 centimes dans la tirelire « Je crache », et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait énuméré tous les symptômes, et aussitôt, à une place désignée, parait une sentence qui dit : « Prenez du réglisse », ou tout autre conseil répondant aux exigences de la science contemporaine. On ne saurait trop se réjouir de voir la médecine sortir enfin de l'empirisme, et entrer dans cette infaillibilité où sont déjà les distributeurs de cartes postales et les express-bars. Les médecins de Hollande, j'entends ceux qu'on vient de décrire, sont d'ailleurs discrets, patients, modérés en honoraires, et d'une complaisance infatigable. Leur figure est douce et toute paternelle ; elle ne cesse pas de sourire et de vous considérer avec bonté ; elle est sympathique et elle apporte ainsi un grand soulagement aux maux des hommes. »

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Association des Anatomistes. — La réunion de Liège, que nous avons récemment annoncée, a eu le plus grand succès. Les trois journées ont à peine suffi pour faire les nombreuses communications et démonstrations annoncées, et visiter les Instituts Liégeois si bien compris et si bien entretenus.

Aux nombreux anatomistes français et belges s'étaient joints : MM. Apathy (Hongrie), Deckhuysen (Hollande), Edinger, Klaatsch, Meves, Nussbaum (Allemagne), Romiti (Italie), Stirling, Thane (Angleterre), van Wijhe (Hollande), Waldeyer, Weigert (Allemagne).

La réception des Liégeois a été magnifique.

La prochaine réunion aura lieu à Toulouse les 28, 29, 30 mars 1904, sous la présidence de M. le Professeur Tourneux, assisté de MM. les Professeurs Herrmann, Laulanié, et Roule.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collaborateur et ami, M. le Docteur Arthus, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille, vient d'être nommé chargé du cours de matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Nous regrettons vivement le départ du savant aimable qui laissera parmi nous les meilleurs souvenirs, et, avec nos sincères regrets, nous le prions d'agréer nos cordiales félicitations.

— Sur la liste des médecins ayant reçu la **médaille d'honneur des épidémies**, nous relevons avec plaisir le nom de notre confrère, le Docteur Duriau (de Dunkerque) comme titulaire d'une médaille d'argent. Nous sommes heureux d'adresser à notre confrère nos bien sincères félicitations.

— En raison du deuil cruel qui vient de frapper l'Université de Lille, en la personne de son regretté Recteur, le Comité de l'**Union des Étudiants de l'État** vient de décider de remettre à l'an prochain le concert qu'il devait offrir, en mai, à MM. les professeurs et leurs familles, ainsi qu'à tous ses membres.

ÉCOLES DE MÉDECINE

École de médecine d'Angers. — M. Coudrain, suppléant, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale pendant la durée du congé accordé à M. Bertholat.

École de médecine de Besançon. — M. le Docteur Baigue, suppléant, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, du cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

École de médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1903, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie de l'École de médecine de Caen.

Distinctions Honorifiques

Officiers d'Académie — Sont nommés : MM. les Docteurs Luys (de Paris), Cabannes, Claoué, Fieux (de Bordeaux), Hassler (médecin militaire), Girard et Tribondeau (médecins de la marine).

Médaille des Épidémies. — Ont été décernées : la *Médaille de vermeil* à M. le Docteur Mas (du corps de santé colonial) ; la *Médaille d'argent* à MM. les Docteurs Jourdran, Lasnet et Rouffiandis (du corps de santé colonial), Mesny (de Canton) ; la *Médaille de bronze* à MM. les Docteurs Baysselance (médecin sanitaire maritime), Rayoelina (de Tananarive) ; la *Mention honorable* à M. le Docteur Baratier (de Jeugny).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Duviard, de Lyon (Rhône) ; Paul Gournet, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Leblanc, de Paris ; Sanguin, de Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1903, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 15e édition. 1 vol. in-18 de 322 pages, c rt. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'année 1902 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1903 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Adrénaline, Anesthésine Arrhénal, Chiéline, Cuprol, Cymol, Dermosapol, Eosolate de calcium, Eprosine, Enguforme, Gazu-Basu, Glycéro-Arséniate de chaux, Glycosal, Histogénol, Hypnopyrine, Iodophène, Lactanine, Lactate de mercure, Lécithine, Naphtalan, Purgatine, Rétinol, Rheumatine, Saloquinine, Sanatol, Ulmarène, Valyl, Vioforme, etc.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Airol, Benzacétine, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne Ferripyrine, Formol Glycérophosphate, Ichtyol, Iodol, Kola, Levûre de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Salypirine, Somatose, Stophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille
15e Semaine, du 5 au 11 Avril 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	3
3 mois à un an	4	1
1 an à 2 ans	1	5
2 à 5 ans	1	4
5 à 10 ans	4	1
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	5	4
40 à 60 ans	7	9
60 à 80 ans	17	11
80 ans et au-dessus	»	6
Total	44	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	2	1	4	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	6	16	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	3	3	1	»	»	1	»	1	»	»	»	3	13	23
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	8	15	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	1	»	1	5	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	6	9	17
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	6	7
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	2	1	1	1	»	1	»	»	1	»	»	1	1	»	2	12	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	3
Total	1	1	»	»	»	2	4	4	15	4	8	»	1	9	»	2	1	4	»	34	90	135

N° 329. Septième Année. N° 18. Le Numéro : **10** centimes 3 Mai 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de St-Sauveur

Péritonite par perforation

Un symptôme peu signalé de perforation stomacale

par M. le Professeur **H. Folet.**

Le jeudi 29 janvier 1903, dans l'après-midi, entrait dans mon service de clinique un malade au sujet duquel son médecin, notre excellent confrère M. le docteur DUMONT, de Mons-en-Barœul, m'envoyait deux jours plus tard, sur ma demande, la note que voici :

Jeune homme de 25 ans, n'ayant pas d'antécédents pathologiques; pas de tuberculose, ni syphilis dans la famille. Il n'était pas alcoolique, mais depuis quelques mois il aurait fait — rarement — quelques excès de bière. Il était d'une intelligence au-dessus de la moyenne, et avait des aptitudes marquées pour le dessin.

Il aurait, paraît-il, eu depuis deux ans environ, des crises gastralgiques très espacées, — et dont le plus souvent il parlait à ses camarades plus qu'à ses parents. Il m'a dit, lorsque je l'examinai pour la première fois, avoir eu quelques « crampes d'estomac. » Ces crises n'ont jamais été assez intenses pour qu'il ait interrompu son travail. Jamais il n'a eu d'hématémèse, ni pituite matutinale, ni vomissements alimentaires ou d'aucune sorte. Pas de constipation ordinaire.

Je fus appelé près de lui la première fois le mardi 27 janvier, vers 8 heures du soir ; il souffrait atrocement de rachialgie et de douleurs rongeantes à l'épigastre ; tout le ventre était sensible et ses parois contracturées. Il était allé à la garde-robe le matin et avait travaillé jusque vers 4 heures. Un peu avant cette heure, il se serait mis dans une violente colère dans son bureau. En somme le début a été très brusque.

Pas de point de Mac Burney. *Pas de vomissements,* pas de ballonnement. Sueurs froides. Pouls filiforme, fréquent. Traitement : potion chloral-opium-laurier-cerise. Cataplasmes et lavements laudanisés. Lait et eau de Vals.

Journée du mercredi 28. Vers 1 heure du matin, je fais une piqûre de 1 centigr. 1/2 de morphine. Le malade se plaint toujours de vives douleurs dans le flanc droit et à l'épigastre (c'est alors qu'on songe à l'appendicite). Le moindre mouvement est douloureux.

Le matin, il prend 20 grammes d'huile de ricin. Dans la journée, lavements huileux, bain de siège tiède presque continu ; les douleurs diminuent. Le matin, température 39°8 ; le pouls reste à 110, 115 ou 120 toute la journée. Il prend environ 1 litre de lait, non compris l'eau de Vals. Le lait passe bien, mais la potion le brûle, dit-il. Constipation opiniâtre. Toujours pas de ballonnement et *pas de vomissements.* Quelques difficultés passagères d'uriner. — 2e piqûre de morphine à 10 heures du soir.

Jeudi 29. Nuit assez calme. Le matin les douleurs redeviennent très vives. Point de Mac Burney très net.

Ventre toujours rétracté. *Toujours pas de vomissements.* Le malade est envoyé à l'hôpital dans l'après-midi.

Il est entré, ai-je dit, à cinq heures du soir. Dans mon service les choses sont organisées de la façon suivante : quand un malade à indications opératives urgentes se présente dans l'après-midi ou la nuit, l'interne de garde fait prévenir le Chef de Clinique. En cas d'absence de celui-ci, on m'avertit.

Or, ce jour-là, par suite d'un malentendu ou d'un oubli du brigadier de police, le message téléphonique, envoyé au poste de sergents de ville de la rue Racine, ne fut pas transmis à M. le Dr Le Fort ; je ne fus pas averti non plus, de sorte que le malade ne fut vu qu'à la visite du matin, le vendredi 30 janvier.

Il présentait un état évidemment très grave, et aurait été incapable de répondre à un interrogatoire un peu détaillé, — que je ne lui fis pas subir. Les symptômes constatés étaient clairs : température à 38°8. Pouls à 140. Anxiété extrême; douleurs par tout le ventre, un peu plus à droite qu'à gauche. Ballonnement marqué, mais pas de surdistension. Constipation absolue depuis 4 jours. *Nausées sans vomissements.*

La laparotomie s'imposait immédiate. Elle révèlerait sans doute la cause des accidents. L'hyperthermie me faisait croire à une péritonite; sur la cause précise de laquelle j'étais d'ailleurs fort perplexe, n'ayant comme éléments de diagnostic que les notions sommaires que je viens de dire. La note de M. le Dr Dumont ne devait nous arriver que plus tard, — après le décès du malade.

Anesthésie à l'éther ; à l'ouverture du ventre, un flot de sérosité louche, séro-purulente, *non mélangée* de *matières fécales*. Les anses intestinales distendues sortent par l'incision; elles sont rouges, congestionnées, semées de larges taches formées par des pseudomembranes purulentes.

Nous sommes à cette heure toujours suggestionnés par l'idée de l'appendicite. Je vais donc droit au cœcum. L'appendice est libre, mais court et gros, en massue. Vers son bout libre existe une tache ecchymotique portant un petit flocon d'aspect purulent, comme enfoncé dans une minuscule dépression de la paroi. Cet examen rapide me fait croire à une perforation de la paroi appendiculaire, et je crois — faussement — avoir trouvé l'origine de tout le mal. L'appendice est réséqué. Puis, éviscérant le paquet grêle, je le nettoie avec des compresses de gaze. Je dévide ainsi une partie de l'intestin; mais, l'état du patient devenant alarmant et l'aide préposé à l'anesthésie me demandant d'en finir au plus tôt, je rentre les viscères dans le ventre où je place deux gros drains et je ferme rapidement la paroi avec quelques points de fil d'argent comprenant tous les plans, et quelques griffes de Michel intermédiaires. — Injection de sérum et de caféine.

Cette opération ne fut suivie d'aucune amélioration et le malade mourut dans la nuit.

Déjà, en examinant l'appendice une fois l'opération terminée, j'avais constaté que, s'il était malade et chroniquement enflammé, il n'était pas perforé. Les lésions appendiculaires minimes n'étaient pas une explication suffisante de la péritonite généralisée.

Nous n'avions pas trouvé, ni supprimé par conséquent, la cause des accidents. Mais l'état du patient était tellement désespéré qu'il fallait renoncer à la chercher par une intervention nouvelle. Où eût-on eu chance de la rencontrer ? Si les commémoratifs contenus dans la note du Dr Dumont m'eussent été connus, j'aurais dit que c'était vers l'estomac.

C'était là effectivement que l'autopsie la montra. Cette autopsie fut faite clandestinement, ultra-rapidement, par mon externe, M. Paul Castiaux, qui dut se borner à examiner très sommairement les viscères, sans pouvoir enlever la pièce ni même examiner à loisir la muqueuse stomacale. Voici la courte note qu'il m'a remise :

Les anses grêles, le gros intestin baignent dans un liquide jaunâtre, granuleux, purulent, que l'on retrouve partout, dans toute la cavité péritonéale.

Le long du tube intestinal, d'aspect rouge foncé, on ne remarque pas de lésions apparentes.

Par contre, l'estomac présente au niveau de sa petite courbure, sur la face postérieure et vers la région pylorique, une perforation circulaire, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

La section est absolument nette — comme faite à l'emporte-pièce. La circonférence laisse sentir au toucher de l'induration.

Il s'agit donc bien d'un ulcère rond de l'estomac, dont l'ouverture a entraîné l'infection généralisée de la cavité péritonéale.

Que fût-il advenu si, dès le premier jour, on eût laparotomisé, découvert et occlus la perforation ? Le patient eût certainement pu se tirer d'affaire. De plus, comme pour l'exécution même de la fermeture, on eût été amené à exciser la portion indurée de la paroi, c'est-à-dire l'ulcère, afin de faire porter en tissu souple le double étage des sutures stomacales, cette gastrectomie partielle aurait peut-être non-seulement

sauvé le malade de l'immédiat et terrible danger résultant de la perforation, mais encore radicalement guéri l'affection génératrice de la perforation. Seulement le diagnostic ferme n'était guère faisable tout au début et les opérations très précoces, les laparotomies exploratrices (et éventuellement curatrices), pratiquées pour des lésions ventrales indéterminées et obscures paraissant s'annoncer comme graves, ne sont pas entrées encore dans les mœurs chirurgicales. Elles y entreront, j'en suis persuadé; là est l'avenir de la thérapeutique chirurgicale de beaucoup de lésions viscérales de l'abdomen. Il faudra d'ailleurs, que dans des cas comme celui-ci, l'intervention soit faite très tôt, dans les premières vingt-quatre heures au plus tard. Je regrette assurément que le patient n'ait pas pu être opéré la veille au soir, par suite d'un message non parvenu à destination. Mais je doute que, eût-on dépisté la perforation stomacale, l'opération eût mieux réussi faite le jeudi soir au lieu du vendredi matin. Il y avait alors plus de deux jours que la perforation existait et que les liquides s'écoulaient librement de l'estomac dans la séreuse. Il était déjà trop tard.

Ce libre épanchement des liquides intragastriques dans le péritoine à travers un orifice béant circulaire, déclive et assez large, nous explique un symptôme qui est noté avec insistance et avec quelque étonnement par M. Dumont et que nous avons observé nous-même : *l'absence de vomissements* ou *les nausées sans vomissements effectifs*. Il y avait bien en effet des nausées et des efforts de vomiturition, ces actes étant le résultat de réflexes compliqués auxquels beaucoup de muscles (diaphragme, muscles des parois abdominales), prennent part. L'estomac restait à peu près passif; mais, comprimé, il vidait son contenu non au dehors par le cardia, mais par le large trou juxta-pylorique dans la cavité séreuse.

Cette observation doit donc nous enseigner à ne pas nous hypnotiser sur les lésions de l'appendice ; mais à songer à d'autres perforations possibles, et à aller les chercher vers l'estomac quand a été noté le symptôme des nausées sans vomissements réels.

Ces perforations éclatant brusquement et tuant, très rapidement, des sujets n'ayant présenté jusqu'alors que des symptômes dyspeptiques parfois peu intenses et jugés sans gravité, ont toujours eu le privilège de frapper fortement l'imagination de l'entourage quand la victime est un personnage en vue. Ce sont ces morts foudroyantes qui ont souvent donné lieu à des soupçons d'empoisonnement (mort d'Henriette d'Angleterre, par exemple). Les simples mortels qui meurent de cette façon et qui ont eu la malencontreuse idée de prendre la veille de l'explosion des accidents un purgatif, mettent parfois dans une fâcheuse passe le pharmacien qui le leur a fourni et qu'on accuse d'empoisonnement par erreur. Mon ami le Professeur Castiaux a raconté, dans une thèse inspirée par lui, un fait de ce genre qui a causé quelque ennui à un pharmacien Lillois.

Un cas de syphilis hépatique et ascite congénitales

par **Edg. LOUBRY**, interne des hôpitaux

Le 19 février 1903, à 7 h. 30 du matin, entre à la Maternité une femme de vingt-deux ans et demi, fileuse de son métier. Elle est en travail depuis la veille à dix heures du soir. Ses dernières règles datent du 2 juillet dernier et ont fini le 7 ; elle est donc enceinte de sept mois environ.

Le fœtus se présente par le sommet en position droite ; l'auscultation est pratiquée en vain, on n'entend nulle part de bruits du cœur fœtal ; la parturiente nous apprend alors qu'elle ne perçoit plus aucun mouvement de son enfant depuis huit à dix jours.

La rupture des membranes a lieu vers 2 h. 30 de l'après-midi et l'expulsion d'un fœtus mort-né vers 3 h. 30, sans autre incident qu'un double circulaire cervical assez serré que l'on doit sanctionner immédiatement.

La durée du travail a été de 17 h. 30.

Aussitôt l'expulsion du fœtus, notre attention est de suite attirée par le volume disproportionné du ventre relativement au volume de l'enfant. L'abdomen est assez tendu et la palpation permet de constater une fluctuation très nette ; à la percussion, matité remontant sur la ligne médiane jusque la région épigastrique, occupant également les deux hypocondres.

Le cordon ombilical est aplati et de teinte blanc verdâtre.

La délivrance faite vers 4 heures du soir, est normale ; le placenta est complet, les membranes intactes. On remarque que la surface utérine du placenta est parsemée d'ilots blanchâtres et durs.

Le fœtus pèse 2070 grammes et le placenta 470 grammes.

Voyons quel est le passé pathologique de la mère. Ses antécédents héréditaires n'ont rien de particulier. Elle dit n'avoir jamais été malade. Réglée à 12 ans pour la première fois, ses règles ont toujours été régulières et de durée de cinq à six jours ; pas d'écoulement sanguin entre les périodes menstruelles, mais un écoulement leucorrhéique abondant ; pas de dysménorrhée.

Ses premiers rapports sexuels ont eu lieu vers l'âge de 16 ans. Elle est une première fois enceinte à 20 ans, en 1901 ; cette grossesse se termine en février 1902 par un avortement à cinq mois et demi ; la malade ne sait à quoi l'attribuer ; pas de chute, pas de traumatisme, pas de maladie infectieuse à ce moment.

En juillet dernier, elle devient enceinte pour la seconde fois, et c'est cette seconde grossesse qui vient de se terminer par l'accouchement d'un fœtus de sept mois, mort né.

Interrogée sur le début d'un enrouement de la voix qu'elle présente actuellement, elle dit qu'il date de l'époque où sont apparues ses dernières règles ; son aphonie es

assez accentuée, jamais de disphonie, pas de dysphagie, elle ne tousse pas. A l'examen de la gorge, muqueuse un peu pâle, pas de trace d'ulcération ou de lésion d'aucune sorte ; rien non plus aux gencives ou à la face interne des joues et des lèvres, elle n'a jamais eu de stomatite.

La malade se plaint que depuis quatre semaines environ elle est fréquemment prise la nuit d'une céphalée qui empêche tout sommeil, elle perd ses cheveux. Des ganglions sont perceptibles dans les régions cervicales, axillaires et inguinales. Elle prétend n'avoir jamais eu de lésions ou d'éruptions cutanées ; elle nie également avoir eu une lésion quelconque du côté des organes génitaux externes.

Quant au père de l'enfant, il aurait été malade il y a deux mois environ et soigné pour une fièvre typhoïde ; il est sujet, lui aussi, à de la céphalée nocturne et, depuis quelque temps, perdait ses cheveux.

L'autopsie du fœtus est pratiquée dix-huit heures après l'accouchement. Le cadavre présente une distension exagérée de l'abdomen et, à part une légère circulation collatérale à ce niveau, on ne voit rien de particulier sur les téguments : il n'existe aucune lésion cutanée appréciable, pas de macération : aucune malformation.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité notable de liquide clair, citrin, très fluide, dans lequel on ne voit aucun flocon fibrineux, et qu'on peut évaluer à 500 grammes environ. Les anses intestinales sont libres, n'ont aucune adhérence entre elles, ni avec la paroi, ni avec le foie, la rate ou la vessie : elles ne sont pas congestionnées et ne présentent à leur surface aucune lésion visible.

Les reins sont normaux, lobulés et à peu près de même volume : à la coupe, ils ne semblent pas congestionnés, on ne sent pas de portions dures : pas d'augmentation anormale des bassinets.

La rate paraît également normale comme volume et comme consistance. On peut reconnaître le pancréas qui est rouge et très petit.

C'est du côté du foie que se trouvent les lésions capables d'expliquer la présence de l'ascite. En effet, à sa partie inférieure, là où arrivent la veine ombilicale et la veine porte, on sent une tumeur dure englobant en partie et comprimant les deux vaisseaux. Disons de suite que la veine ombilicale, dans son trajet de l'ombilic à cette tumeur, ne présente rien de particulier.

Le foie est détaché avec soin : il est dans toute sa face supérieure coloré en brun violacé et ne présente pas de lésion appréciable de sa capsule : la face inférieure aussi est normale, quant aux lobes droit et gauche : les deux lobes médians sont en partie cachés par la tumeur.

La vésicule biliaire est de forme cylindrique, longue de quatre à cinq centimètres et contient un liquide grisâtre, visqueux, en quantité peu considérable.

L'examen des organes contenus dans la cage thoracique n'a pas donné de renseignements remarquables. Poumons et cœur normaux.

Revenons maintenant à la description de la tumeur, elle a environ le volume d'une noix, elle est dure, mamelonnée : elle émerge du tissu hépatique dont le sépare un sillon bien accusé et tranche sur lui par sa teinte qui est blanc grisâtre. A la coupe, on constate que la tumeur est en partie intra-hépatique : elle est, comme à sa surface, d'un blanc grisâtre. Du côté du tissu hépatique, la masse n'est plus exactement limitée, il s'en détache en effet une série de tractus grisâtres qui se ramifient dans le foie.

M. le professeur Curtis a bien voulu faire l'examen du foie et de la tumeur : en voici le résultat.

Le foie n'est pas notablement augmenté de volume : sa surface est lisse, d'une coloration brune avec des taches violacées : il n'est pas beaucoup plus résistant que normalement et n'offre pas l'élasticité du foie silex dont il n'a d'ailleurs aucun des attributs extérieurs. A la coupe, on trouve, partant de la masse néoplasique, un système de cordons grisâtres qui se ramifient et s'étalent à travers tout le parenchyme hépatique. Un examen plus attentif laisse voir que ces cordons sont les satellites de presque toutes les grosses ramifications de la veine porte, et qu'elles entourent ainsi non seulement les ramifications veineuses, mais aussi les canalicules biliaires. On constate ainsi que le long des ramifications portes existent des traînées d'un tissu grisâtre tantôt minces, tantôt s'étalant en plaques et en îlots qui peuvent atteindre jusque cinq ou six millimètres de large. Le tissu hépatique intermédiaire ne paraît pas notablement sclérosé.

A la coupe, ce qui frappe tout d'abord, c'est que la disposition lobulaire du foie est fortement remaniée : on trouve bien encore çà et là des veines sushépatiques autour desquelles on reconnaît des travées hépatiques rayonnantes, mais ces points sont rares : dans la majeure partie de la coupe, les travées hépatiques suivent un trajet des plus irréguliers. Ce remaniement de la structure lobulaire est due :

1° à une ectasie assez considérable des capillaires.

2° à l'existence de larges traînées de sclérose périporte.

A. — Dilatation capillaire et état du parenchyme.

Les capillaires hépatiques sont presque partout dilatés et remplis de globules sanguins comme dans un foie cardiaque : la stase toutefois n'a pas la topographie périsus-hépatique régulière du foie cardiaque, elle est plutôt diffuse et forme des plaques, des ilots disséminés sans ordre. D'ailleurs, les globules sanguins ne sont pas les seuls éléments qui contribuent à la réplétion des capillaires : on trouve dans toute l'étendue du foie, à côté de l'accumulation des globules sanguins, une infiltration considérable de petites cellules à noyaux arrondis ressemblant à des leucocytes mononucléaires Certains capillaires en sont complètement obstrués et on peut dire que ce foie présente le type de ce que l'on a appelé l'infiltration leucocytaire du foie syphilitique congénital.

Les cellules hépatiques sont en général irrégulières, leurs limites mal accusées, tantôt diminuées de volume et comprimées par l'ectasie capillaire, tantôt plus volumineuses.

Pas de pigmentation biliaire.

B. — Sclérose périportale.

Il existe une sclérose périportale, englobant tous les éléments de l'espace porte, veine, artère et canaux biliaires. Cette sclérose offre tous les degrés d'organisation, depuis la sclérose conjonctive assez avancée jusque la sclérose encore à l'état embryonnaire, et l'on peut suivre tous les stades de son organisation en passant des petits vaisseaux aux gros vaisseaux portes. Dans les grands espaces portes, en effet, le tissu conjonctif est déjà nettement fibrillaire, les fibrilles et les faisceaux de fibrille constituent de larges plaques de sclérose périporte ; dans les petits espaces et le long des petits vaisseaux portes, le tissu conjonctif

devient très peu abondant en fibres, il n'existe presque plus que des cellules conjonctives présentant les caractères d'éléments jeunes au milieu d'un fin réseau de fibrilles à peine formées.

Ce qu'il y a de particulier à cette sclérose, c'est que, aussi bien dans les grands espaces où le tissu s'organise que dans les petits où il est encore embryonnaire, les limites, au contact du tissu hépatique, sont des plus vagues ; le bord des plaques se prolonge dans l'intervalle des travées hépatiques, diffuse au loin, de sorte qu'on pourrait parler d'une sorte de sclérose infiltrante. Les régions périphériques de toutes ces plaques sont d'ailleurs constamment formées par un tissu beaucoup plus riche en cellule et presque embryonnaire.

Tumeur. — La tumeur, dans sa totalité, n'est formée que de tissu conjonctif, de vaisseaux, et sur sa périphérie de vestiges de tissu hépatique. Dans sa région centrale, il n'existe plus trace de tissu du foie. Elle est formée d'un tissu conjonctif jeune, très riche en cellules, rappelant presque l'aspect d'un tissu sarcomateux ; toutefois l'aspect des coupes est très varié, et, à côté des régions presque uniquement formées de cellules, on trouve d'autres régions où les faisceaux conjonctifs sont déjà bien développés.

Au voisinage du tissu hépatique, le même aspect se reproduit ; dans un tissu conjonctif tantôt fibrillaire, tantôt formé exclusivement de corps fibro-plastiques ou de cellules irrégulières anastomosées, on trouve un assez grand nombre de canalicules formés d'un seul rang de petites cellules cubiques et rappelant tout à fait les néocanalicules du foie cirrhotique. Il existe de la périartérite autour des principales artérioles, de la périphlébite, par place de petits ilots d'infiltration leucocytaire, mais pas de gommes véritables. Enfin, en quelques endroits, on retrouve des petits ilots arrondis complètement enlevés dans le tissu conjonctif

Il s'agit en somme d'une néoplasie du foie présentant tous les degrés d'organisation du tissu conjonctif et renfermant des vestiges de tissu hépatique. Nous avons donc affaire à une sorte de néoplasie fibro-conjonctive, d'où s'irradie une sclérose périporte à disposition ramifiée. Bien qu'il n'existe véritablement de gomme nulle part, on peut cependant, en raison de l'état du parenchyme (infiltration leucocytaire, ectasie capillaire) et en raison de la structure et de la topographie des lésions conjonctives, penser qu'il s'agit ici d'une forme anormale de syphilis hépatique congénitale dont il n'existe que quelques cas rares dans la science. Nous citerons en particulier l'observation rapportée par Michael Cohn dans les Archives de Virchow, t. 146, 1896, p. 468, qui de tous points peut être rapprochée de la nôtre, avec cette seule différence que dans ce cas l'enfant avait vécu plusieurs mois.

Consultations Médico-Chirurgicales

Rachitisme

Professeur agrégé : E. Ausset.

Le rachitisme est une maladie générale de la nutrition, portant son action sur tous les appareils, et se caractérisant, dès qu'elle est un peu ancienne, par des déformations du squelette tout à fait typiques. Ces déformations ne sont que l'aboutissant de la maladie qui existe bien avant qu'elles ne se produisent.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Voici un bébé d'une douzaine de mois environ, gros, joufflu. d'apparence solide, mais dont le teint est pâle, les chairs molles et flasques. Nourri au biberon, ou au sein sans règle et avec adjonction prématurée de soupes, il présente des troubles digestifs variés, des alternatives de diarrhée et de constipation, des vomissements assez fréquents ; le ventre est gros, étalé sur les flancs, la ligne blanche est forcée, il y a de l'éventration. La mère nous dit que depuis quelque temps son enfant « ne pousse plus » ; il a même de la tendance à maigrir ; non seulement il n'a aucune disposition pour marcher, mais il refuse de se tenir sur ses jambes, il veut toujours être couché ou porté. Le sommeil est agité et la tête est couverte de sueurs pendant ce sommeil. Le squelette est intact ; tout au plus constate-t-on un léger chapelet costal et une fontanelle encore trop largement ouverte. Cet enfant est atteint de *rachitisme commençant ;* les lésions osseuses, non encore apparentes, sont en train de se constituer.

II. Voici un autre enfant qui, outre les troubles généraux de la nutrition et les troubles digestifs constatés chez le précédent, a une tête qui paraît très volumineuse pour son corps considérablement amaigri ; les bosses frontales et pariétales sont très saillantes ; la fontanelle est largement ouverte, bien que cet enfant ait plus de dix-huit mois ; les dents sont peu nombreuses, à peine six à sept, et encore sont-elles noirâtres, fendillées. Le chapelet rachitique est des plus accentués et se dessine sous la peau sans qu'on le cherche : la poitrine est aplatie latéralement, le sternum bombe en avant. Les nouures épiphysaires au niveau des poignets et des malléoles sont très accentuées ; les tibias sont incurvés et il existe du genu valgum. Nous avons ici un *cas grave de rachitisme.*

III. Entre ces deux exemples extrêmes se placent toute une série d'intermédiaires dont le degré dans la gravité varie non seulement par l'accentuation des lésions osseuses, mais aussi par les troubles de la santé géné-

rale. On verra des enfants qui ont un aspect florissant, en apparence gros et gras, mais qui cependant ont déjà des déformations osseuses avancées. D'un autre côté, on observera des sujets,avec peu d'altérations des os, qui seront très cachectisés et en réalité plus dangereusement atteints que ceux présentant des grosses difformités du squelette.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES. — La cause principale du rachitisme réside dans la mauvaise alimentation. **A.**) Le plus souvent il s'agit d'un enfant allaité artificiellement : Le biberon et le lait de vache sont ici les grands coupables ; non pas que tout enfant allaité artificiellement devienne fatalement un rachitique ; mais avec le lait de vache les fautes sont plus aisément commises et ont toujours des conséquences plus graves. La mauvaise qualité du lait et les altérations d'un lait bon à l'origine jouent aussi un rôle important. **B**) Les enfants nourris au sein peuvent aussi devenir rachitiques s'ils sont suralimentés ou si on leur donne prématurément autre chose que du lait. **C**) L'alimentation solide prématurée est un facteur puissant de l'apparition du rachitisme.

On peut aussi, quelquefois, voir naître le rachitisme après une maladie aiguë quelconque, qui trouble profondément et rapidement la nutrition, comme la fièvre typhoïde, la rougeole, la diphtérie, etc.

La misère et une mauvaise hygiène générale viendront aggraver toutes ces causes.

L'alimentation défectueuse amène dans le tube digestif des fermentations anormales, des formations d'acides divers qui produisent l'auto-intoxication. Ces acides anormaux, véritables poisons, conduisent à l'anémie, aux troubles généraux de la nutrition et des échanges organiques et enfin,en dernier lieu,à la décalcification des os par action dissolvante, aux nodosités épiphysaires par action inflammatoire.

Connaissant les causes et le mécanisme de cette maladie de la nutrition, il devient apparent que l'hygiène devra surtout y remédier.

TRAITEMENT. — Le traitement du rachitisme est prophylactique et curateur.

1° **TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.** — Misère, mauvaise hygiène générale, mauvaise alimentation, tels sont les trois éléments à combattre.

Misère. — La misère ne relève que peu de l'action médicale ; et le praticien ne peut empêcher que des mères ne soient obligées de se rendre à l'usine presqu'aussitôt accouchées et suppriment alors de ce fait, à peu près complètement, l'allaitement naturel.

Hygiène générale. — Le pauvre comme le fortuné peuvent atteindre à une hygiène satisfaisante; on conseillera et on obtiendra que des **bains** ou des lotions journalières soient donnés aux enfants ; on recommandera **l'aération**, aussi complète que possible, des locaux habités ; on poussera à la **sortie fréquente** de l'enfant ; on prescrira de ne pas le laisser renfermé dans une pièce souvent malsaine et trop étroite.

Alimentation. — L'alimentation sera surveillée étroitement et les règles en seront patiemment dictées à la mère :

a) **L'enfant est au sein.** — Si l'enfant est nourri au sein, la mère devra donner à téter d'abord **toutes les deux heures**, huit fois par vingt-quatre heures, jusqu'à la fin du troisième mois. Puis, la balance aidant et indiquant la quantité de lait prise par tétée (en moyenne 100 à 120 gr. à cet âge), on espacera les tétées **toutes les deux heures et demie**, toujours huit par vingt-quatre heures. A la fin du 5me mois, l'enfant prenant beaucoup plus à la fois, 130 à 150 gr. par tétée en moyenne, on ne donnera plus que sept tétées par vingt-quatre heures **une toutes les trois heures.**

Se rappeler que **ce sont là des moyennes pour la journée** et que la première tétée est souvent beaucoup plus abondante que celle du soir. D'autre part des enfants plus voraces et plus développés prenant des tétées très copieuses devront avoir leur nombre de repas diminué.

b) **L'enfant est élevé au biberon.** — Si l'enfant est élevé au biberon, on devra s'occuper non seulement de régler les repas, mais aussi de la qualité du lait et de sa purification, de la propreté des biberons.

Le lait stérilisé a donné de bons résultats. Toutefois, aujourd'hui, la connaissance du rôle important joué par les ferments du lait dans la digestion font penser que la pasteurisation qui laisse ces ferments vivants peut être préférée à la stérilisation. Il faudra **apprendre à la mère à bien stériliser ou à bien pasteuriser son lait.** Le lait devra être pasteurisé à une heure aussi rapprochée que possible de celle de la traite.

On s'emploiera à ce que le lait vendu surtout dans la classe pauvre, soit de bonne qualité, non mouillé et non écrémé. On veillera aux soins de propreté minutieuse du biberon qui se composera simplement d'une tétine et d'une bouteille graduée.

On apprendra aussi à la mère la quantité de lait qu'elle doit donner par repas, et quel doit être l'espacement de ces repas. Nous renvoyons pour ces dosages au tableau que nous avons publié dans le volume I des Consultations Médico-Chirurgicales (page 346). Les chiffres donnés dans ce tableau sont, bien entendu, des moyennes, et doivent varier suivant le développement des enfants, l'état de ses digestions et son accroissement. On devra faire tous ses efforts pour que, **si l'allaitement naturel ne doit pas être pratiqué, la mère nourrisse son enfant au**

sein pendant au moins les quinze premiers jours, sinon le premier mois.

Avec le lait pasteurisé (1), mieux digéré que le lait stérilisé, les coupages pourront être supprimés.

On devra toujours insister avec énergie pour que l'enfant soit allaité au sein ; se souvenir que **le plus grand nombre des rachitiques ont été nourris au biberon.**

Sevrage. — Autant que possible le sevrage ne doit jamais être complet avant le quinzième mois. Il ne faut pas sevrer pendant les fortes chaleurs ; il ne faut pas davantage sevrer brusquement, sauf indications impérieuses (maladie de la nourrice). **On sèvrera progressivement,** à partir du neuvième ou dixième mois en remplaçant d'abord une tétée par un biberon, qui deviendra ensuite une bouillie ; puis deux tétées par une bouillie et un biberon, puis deux autres tétées par deux biberons, et ainsi de suite ; et quand l'enfant ne prendra plus qu'une tétée on le sèvrera.

Ablactation. — L'ablactation est la période où le lait de vache ne forme plus la partie prédominante de l'alimentation de l'enfant. Si le sevrage, dans des circonstances rares, peut être brusque, **l'ablactation doit toujours être progressive.** A partir du dixième mois, si l'enfant est bien portant, s'il a quatre dents, si l'on constate, d'autre part, par la balance que le lait ne suffit plus à son accroissement, on remplace un biberon par une bouillie, donnée vers le milieu de la journée. On surveillera alors attentivement les fonctions digestives pour revenir en arrière, s'il se produisait un trouble quelconque. Si tout se passe bien, au bout de quelques semaines on remplace un second biberon par une seconde bouillie. En même temps on augmentera progressivement la quantité du lait de chaque biberon de façon, vers l'âge de douze à quatorze mois, à ne plus faire faire que cinq repas par vingt-quatre heures, deux bouillies et trois biberons de 200 grammes par exemple ; puis, plus tard, trois bouillies et deux biberons de 200 grammes. Enfin, vers l'âge de dix-huit mois, on ne donnera plus que quatre repas qui pourront ainsi être composés :

PREMIER REPAS : à 7 ou 8 h. du matin une bouillie.
DEUXIÈME REPAS : à midi : un œuf à la coque et 150 gr. de lait.
TROISIÈME REPAS : à 4 h. : une bouillie.
QUATRIÈME REPAS : à 7 h. : 250 gr. de lait.

A partir du vingtième mois, on pourra donner un blanc de poulet haché, ou une cervelle de mouton, ou un filet de sole bouillie, ou une purée de légumes, ces aliments étant donnés au repas de midi. **La boisson de l'enfant à ce repas devra toujours être de l'eau** jusqu'à l'âge de quatre ans au moins.

Les bouillies seront faites de préférence avec des farines de céréales (froment, orge, avoine), avec de l'arrow-root, de la farine lactée, du Racahout, de la phosphatine Falières, etc. Les bouillies à l'orge, un peu salées, sont excellentes pour les enfants constipés.

2° **Traitement curateur.** — L'alimentation vicieuse étant cause de tout le mal, c'est donc vers une bonne hygiène alimentaire que devront d'abord se diriger tous les efforts. Mais désintoxiquer l'organisme, relever la nutrition, enrayer les déformations osseuses et les atrophies musculaires ne doivent pas moins que l'hygiène attirer l'attention du médecin.

a) *Hygiène alimentaire.* — Quelques distinctions sont à faire.

1° S'il s'agit d'un enfant nourri au sein, ce qui est rare, on prescrira de **prolonger l'allaitement** et de ne pas donner autre chose que le sein avant un an ; le sevrage complet devra être retardé jusqu'à dix-huit mois. On règlera les tétées avec une extrême minutie. Comme il s'agit le plus souvent d'enfants suralimentés, on espacera les repas, on en diminuera le nombre et l'abondance.

2° Si l'enfant est au biberon, s'il a pris des soupes prématurées, on rétablira le **lait** et on supprimera toute alimentation autre que le lait ;

α) S'il est encore jeune et n'a pas plus de cinq à six mois, on lui cherchera une bonne nourrice, si le milieu social le permet ; s'il est plus vieux, on fera surveiller minutieusement le biberon, le lait et sa stérilisation ou sa pasteurisation.

β) Si l'on observe dans un milieu riche, on se trouvera très bien de donner du **lait d'ânesse.**

γ) Si l'on est obligé de donner du lait de vache, il sera coupé avec discernement, et les quantités devront toujours être inférieures à celles que nous avons conseillées pour un enfant sain et robuste. On ne devra pas donner autre chose que du lait avant au moins un an, et encore le lait restera-t-il l'aliment prépondérant jusque vers dix-huit mois.

B. *Désintoxiquer l'organisme.* — La gastro-entérite chronique répand dans l'organisme des poisons partis de l'intestin. On devra donc faire de l'antisepsie intestinale. Elle s'effectuera le plus efficacement à l'aide de **grands lavages intestinaux** quotidiens faits avec de l'eau bouillie, additionnée d'hyposulfite de soude.

Hyposulfite de soude.	1 à 2 gr. (suivant l'âge).
Eau bouillie	500 gr. à un litre.

Des purgatifs légers, plutôt des désinfectants, seront administrés périodiquement. On donnera à l'enfant, tous les huit jours, trois à cinq centigrammes de **calomel,**

(1) A la consultation de nourrissons de St-Pol-sur-Mer nous employons le lait pasteurisé par le système CONTANT. Ce lait, donné pur, nous donne d'excellents résultats.

par doses de un centigramme prises toutes les heures. Les autres jours, on donnera matin et soir le paquet suivant :

Bétol	0 gr. 20 centigr.
Salicylate de bismuth	0 gr. 10 centigr.

S'il existe de la tendance à la constipation, on remplacera le salicylate de bismuth par le salicylate de magnésie. Cette pratique devra être très prolongée ; il s'agit d'une affection chronique qu'il ne faut pas penser juguler en quelques semaines.

Dès que les fermentations intestinales diminueront, ce qui se jugera par l'aspect des selles, par leur odeur de moins en moins forte, par l'état général du petit malade qui deviendra plus gai, on espacera les lavages intestinaux : on n'en fera plus que trois par semaine, puis deux, puis un seul ; le calomel sera donné tous les quinze jours, etc...

C. — *Relever la nutrition.* — Pour remplir cette indication rien n'est préférable à la cure d'air, surtout à la **cure d'air marin**, ou tout au moins à une cure à la campagne. Les **bains de mer**, le séjour sur les plages seront conseillés pendant la bonne saison ; pendant l'hiver, s'il s'agit d'un milieu riche, on prescrira les plages du midi ; s'il s'agit de gens pauvres ou peu fortunés, les sanatoriums marins, surtout celui de Saint-Pol-sur-Mer, sont tout indiqués. A domicile, on prescrira des grands **bains salés** prolongés pendant une demi-heure, trois fois par semaine, avec adjonction d'un kilogramme de gros sel gris de cuisine. L'été on pourra conseiller les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn. Au bord de la mer, on prescrira les bains d'eau de mer, tièdes si l'enfant est un peu âgé, chauds s'il est très jeune. Au sortir des bains, on fera des frictions stimulantes avec une eau aromatisée quelconque.

L'huile de foie de morue peut donner de bons résultats, mais elle est bien difficile à manier chez des enfants qui sont essentiellement des dyspeptiques. On lui préfèrera avec avantage le **sirop iodo-tannique** du codex, à la dose de deux cuillerées à café, à dessert, ou à soupe, par jour, suivant l'âge, ou le **sirop de raifort iodé** du codex aux mêmes doses.

Contre la décalcification des os, **il ne faut pas employer le phosphore en nature** qui expose à des empoisonnements graves. Il vaut mieux se servir des phosphates calciques ; on donnera, par exemple, le bi-phosphate de chaux, d'après la formule suivante :

Bi-phosphate de chaux	5 grammes.
Teinture d'essence d'anis	10 grammes.
Sirop simple	200 grammes.

à prendre, une cuillerée à soupe tous les matins à jeun.

Chez les enfants sevrés et déjà un peu âgés, on insistera sur les aliments riches en phosphates, les cervelles, les œufs, les poissons, le lait. Chez les enfants dont le lait est encore l'alimentation prépondérante, **on pourra prescrire des laits phosphatés** qui s'obtiennent en soumettant les vaches à un régime particulier.

D. — *Lutter contre les déformations osseuses et les atrophies musculaires.* — De façon à enrayer les atrophies musculaires toujours accentuées quand le rachitisme est invétéré, on ordonnera l'**électrisation**, le **massage.** On aura soin de recommander aux parents, non seulement de **ne pas chercher à faire marcher les enfants**, mais encore de les empêcher de marcher afin d'éviter l'aggravation des incurvations des membres inférieurs sous l'influence du poids du corps. On ne devra pas non plus porter l'enfant sur les bras, pour la même raison ; on le laissera le plus possible étendu, au repos, sur des matelas durs ; à la promenade, il sera tenu dans une voiture.

Enfin si les déformations des membres sont trop accentuées (genu valgum par exemple), on s'adressera au **redressement orthopédique** ; le rôle de la chirurgie commence, sans que cependant celui du médecin soit terminé.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Premiers soins à donner en cas d'accidents subits, par le professeur VON ESMARCH, traduction par le docteur VAN OYE, 4e édition française, Bruxelles, Manceaux, 1902.

Vingt années se sont écoulées depuis la première édition de l'ouvrage du professeur VON ESMARCH ; le texte original allemand est parvenu à sa seizième édition, a été tiré à 67.000 exemplaires et a eu 26 traductions en diverses langues. Ces chiffres se passent de commentaires. L'idée du professeur allemand a fait son chemin du reste : depuis quelques années, grâce à l'initiative privée, des écoles samaritaines s'organisent dans les pays de langue française, comme en France. Et cette quatrième édition de la traduction française montre bien le besoin où se trouvent les philanthrophes, qui veulent mettre à la portée de tous, les notions que certains croyaient accessibles seulement aux intelligences ouvertes à la science chirurgicale, par une initiation scientifique complète, d'appuyer leur tentative du livre initiateur par excellence, des conférences faites par l'apôtre du samaritanisme lui-même.

Le médecin qui initie les infirmiers volontaires, ne doit pas être seul à posséder ce livre ; nos étudiants en médecine, les praticiens, doivent le connaître, car chacun a beaucoup à y prendre pour son instruction. Dr F. C.

ALCOOLIA

L'alcoolisme inconscient

par le professeur **Pierret**

La lutte contre l'alcoolisme est entrée, du moins à Paris, dans une phase active ; les affiches se succèdent sur les murs, les Chambres, pour une fois, ont effleuré la question et les journaux politiques et mondains en ont rempli leurs colonnes.

On a interviewé à gauche et à droite et tout le monde a répondu. Sans prétendre que beaucoup d'hygiénistes de profession ou d'occasion se sont comme le geai de la fable revêtus des plumes du paon, nous croyons intéressant de rappeler ici le discours que M. le professeur PIERRET, de l'Université de Lyon, prononça au Congrès de la Ligue Française de la moralité publique, tenu à Lyon le 29 septembre 1894. Dans ce discours M. le professeur PIERRET a traité de la forme la plus redoutable, et la plus commune de l'alcoolisme, qu'il dénomme l'alcoolisme inconscient :

« Nous côtoyons tous les jours, dit M. PIERRET, des buveurs qui sont pour la Société des ennemis plus redoutables que l'ivrogne et l'alcoolique. Ce sont des hommes de toutes classes, plutôt de la moyenne, qui. par des aptitudes assez souvent héréditaires, jouissent vis-à-vis de l'alcool d'immunités singulières. Leur tête est solide ; ils parlent, l'œil brillant, la face rutilante, le verbe haut. Jamais personne ne les a vus en état d'ivresse Pourtant ils boivent : oh ! ce sont des alcools de bonne qualité, de fins cognacs, des rhums de choix, de l'absinthe de première marque. Jamais à jeun ; c'est à la fin des repas, avec le café, que ces tempérants incompris prennent à très petits coups de très nombreux petits verres. Ils sont deux fois par jour gais, brillants, pleins d'entrain et sortent de chez eux dans un état d'excitation qui n'est au fond que le premier degré de l'ivresse. Ils vont ainsi sur le chemin qui les mènera, sans qu'ils s'en doutent, non pas vers la folie, pas même vers l'ivrognerie crapuleuse, mais aux scléroses organiques, d'où dérivent une infinité de troubles psychiques, toxiques, sans que l'alcool s'en mêle. Et d'abord, les vaisseaux du cerveau s'indurent, l'organe est mal nourri ; d'autre part, les cellules nerveuses, accoutumées à des excitations artificielles, ne réagissent plus volontiers sans leur toxique préféré. Le malheureux atteint de la sorte est, au fond, semblable au morphinomane régulier, incapable si la seringue est oubliée. De là des incapacités subites, des défaillances incompréhensibles, alternant avec de bruyantes explosions de talents transitoires, d'inspirations extraordinaires, subites et fugaces autant que l'action du poison qui les engendre.

» Qui donc oserait dire si ces hommes qui, du haut en bas de l'échelle sociale, jouent des rôles souvent importants sont, ou non, des ivrognes ? Ivres : ils ne le sont jamais. Quel est leur avenir ? Il est des plus tristes. Un jour, ils sentent leur digestion, qui jusqu'alors se trouvait bien des liqueurs absorbées à la fin des repas, se faire de plus en plus mal. Ils constatent avec tristesse que les apéritifs les plus renommés sont impuissants à leur donner quelque appétit. Le matin, ils se lèvent, langue pâteuse, bouche mauvaise, tête lourde, aussi fatigués que la veille. N'ayant envie de rien, ils boivent à la hâte une tasse de café noir et, l'estomac presque vide, s'en vont à leur travail. Ce travail, ils le font mal, sans goût, s'étonnant de ne plus s'intéresser a x choses qui les passionnaient naguère, souvent sombres et quinteux. Rentrés chez eux, ils mangent du bout des dents et boivent, espérant retrouver les excitations d'antan. Peine perdue, la fin du repas est pire, une tendance invincible au sommeil les cloue dans un fauteuil ; réveillés, ils se secouent, sortent et sont arrêtés par quelque vertige. C'est l'estomac qui se fâche et dès lors commence pour ce buveur méconnu le long martyre des dispeptiques. Chez d'autres et souvent chez les mêmes, le foie surmené s'enflamme peu à peu, sourdement. Il est plus gros, douloureux. Ses fonctions, qui, nous le savons depuis bien peu d'années, sont, entre autres, de barrer le chemin aux poisons, qui, de cet égout, l'intestin, tendent sans cesse à rentrer dans le sang, ses fonctions se font moins bien. Certains poisons passent, qui ont sur le système nerveux des actions nuisibles entièrement différentes de cell s de l'alcool. Le sommeil se trouble, il est agité de cauchemars ; la personnalité diminue, rendant l'homme incapable de vouloir bien ce qu'il doit vouloir. Les idées prennent une tournure triste, la mélancolie s'installe et les délires s'organisent. Ces fous-là ne sont pas enfermés, ou, du moins, le cas est rare. Ils continuent à vivre, à végéter, traînant dans les cabinets de médecins leurs désolantes appréhensions.

» Qu'on ne m'accuse pas de pousser au noir : D'autres organes peuvent être atteints. Le foie détruit les poisons intestinaux, le rein les élimine. Or, il existe des néphrites alcooliques, comme il existe des hépatites, des gastrites, des artérites, des encéphalites — que, par politesse, nous appelons éthyliques. Dans ce cas encore, les poisons retenus, agissant pour leur compte, vont s'attaquer à des cellules nerveuses, déjà mal irriguées par des artères sans souplesse. L'urémie, avec ses troubles des sens, ses délires impulsifs, ses hallucinations terrifiantes, est là menaçant le malheureux qui, pourtant, n'a jamais été ivre. Il en mourra, peut-être demain, mais en attendant, il est désormais, au point de vue cérébral, un homme dangereux. Dangereux, cent fois plus que l'ivrogne dont on sourit, que l'alcoolique avéré dont on redoute les accès. Quelle que puisse être sa position sociale, il lui sera toujours inférieur, impuissant qu'il est devenu, grâce aux intoxications multiples auxquelles il est exposé par son intoxication primitive.

» Ici, j'en reviens à mon début. L'homme dont je vous parle, vous le connaissez bien. Dans son beau temps, il remplit les cafés et les cabarets des bruyants éclats de sa voix, il disserte de tout, sait tout, connaît un remède pour toutes les plaies sociales, ou de sûrs procédés pour s'enrichir. Qui sait ? peut-être avez-vous songé à lui pour des fonctions électives. Considérez-le dans sa famille : D'abord aimant et aimé, il se détache peu à peu des siens. Sa femme, qui le sent malade, l'entoure de soins et aussi de surveillance. Il s'en irrite et se détache davantage. Les enfants, car il en a, nerveux de par cette hérédité toxique, restent maladifs ou incomplets. De là, des récriminations réciproques entre le mari et l'épouse. C'est une famille perdue, sans avenir et bientôt sans res-

sources. Dans des cas semblables, j'ai vu l'homicide ou le suicide terminer la scène, trop heureux quand c'est le buveur qui s'exécute. Et pourtant ce buveur n'a jamais été ivre et n'a bu le plus souvent que des alcools choisis.

Le public se fait une bien étrange illusion quand il s'imagine que l'usage exclusif de l'alcool de vin très pur, aussi pur que le donnerait peut-être un monopole gouvernemental, va faire disparaître tous les dangers sociaux nés de l'ivrognerie. Certes, ils seront diminués, mais il faut considérer, que si l'alcool de vin est moins dangereux que tous les autres, il l'est encore énormément. Il faut savoir que, fabriquât-on de l'absinthe ou de l'arquebuse avec des alcools de premier choix, les dangers de ces solutions toxiques ne diminueraient que fort peu. Des expériences, presque toutes lyonnaises, ont démontré qu'à l'action de l'alcool vient alors s'ajouter celle d'essences végétales, qui, aux nombreuses maladies créées par le premier, en ajoutent une dont les conséquences sociales sont terribles, — l'épilepsie. Je ne dirai rien de plus : Les lois nouvelles qui seront bientôt discutées, les solutions que les élus de la nation auront à rechercher et à trouver, devront être telles qu'elles puissent tirer le peuple français des griffes des cabaretiers, des cafetiers et des fabricants de liqueurs. »

(*Progrès médical*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La responsabilité civile, en cas de communication de la syphilis par relations sexuelles

En étudiant, au point de vue juridique, dans l'*Écho médical du Nord* du 22 mars dernier, *suprà*, p. 141, cette question de la responsabilité civile qui peut naître de la communication de la syphilis par relations sexuelles, nous avons mentionné un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine, dont nous trouvions la citation dans la *Gazette des Hôpitaux*. Depuis, ce jugement a été publié par les journaux judiciaires. Et, comme les documents de ce genre sont assez rares, il ne sera pas sans intérêt d'en recueillir le texte.

Le 29 janvier 1903, le tribunal civil de la Seine a statué comme il suit :

Le Tribunal : — Attendu qu'il est établi par la correspondance versée aux débats et notamment par une lettre qui sera enregistrée avec le présent jugement, ladite lettre écrite par X..., le 21 juillet 1901, et qu'il résulte, d'autre part, d'un ensemble de présomptions graves, précises et concordantes : 1° que, dans les premiers mois de l'année 1901, X... était atteint de syphilis ; 2° qu'il a eu, à cette même époque, du mois de février au mois de juillet 1901, des relations sexuelles avec la mineure Z..., ; 3° que celle-ci a été, à son tour, atteinte de la même maladie au mois de juin 1901 ;

Attendu qu'il est de même également établi qu'à la révélation de la maladie contagieuse qui venait d'atteindre sa maîtresse, X... n'a manifesté ni surprise, ni indignation : qu'il a continué avec elle ses relations sexuelles et qu'il a même alors, du mois de juillet 1901 au mois de décembre suivant, vécu maritalement avec la mineure Z... ;

Attendu qu'il n'a cessé la vie commune et n'a rompu ses relations avec elle qu'au mois de décembre 1901, plus de six mois après l'apparition des premiers symptômes de la maladie et alors que la mineure Z... s'est trouvée en état de grossesse, et qu'il a été question pour le défendeur d'un projet de mariage avec une autre personne ;

Attendu que, dans ces circonstances, il est suffisamment établi que X... a communiqué à la mineure Z... la maladie contagieuse dont il était atteint lorsqu'il fit sa connaissance, d'où il suit qu'il n'y a lieu d'ordonner l'enquête sollicitée par X..., les faits articulés par lui n'étant pas pertinents et admissibles ou étant d'ores et déjà démentis par les documents versés aux débats, et par les présomptions visées plus haut ;

Attendu que, pour se soustraire à la réparation du préjudice qu'il a ainsi causé à la mineure Z.... X... allègue vainement dans ses conclusions du 24 octobre 1902 que, « la démonstration fût-elle faite que la demoiselle Z... aurait contracté la syphilis dans ses relations avec X..., il n'en résulterait pas pour elle un droit à des dommages-intérêts ; que la communication d'une maladie quelconque, vénérienne ou autre, ne pourrait constituer une faute que si elle était intentionnelle » ;

Attendu que ces conclusions de X... ne sont aucunement fondées, la communication d'une maladie contagieuse constituant une faute, alors même qu'elle n'a pas eu lieu intentionnellement et qu'elle résulte d'une imprudence ou d'une négligence de celui qui en est atteint ;

Attendu qu'il résulte suffisamment des circonstances graves, précises et concordantes, plus haut analysées, que X... se savait atteint de la syphilis au mois de février 1901, lorsqu'il a eu ses premières relations avec la mineure Z... ; qu'il n'ignorait pas le caractère éminemment contagieux de cette dangereuse maladie et qu'il l'a, par sa faute, communiquée à la mineure Z... ;

Attendu que X... n'est pas plus fondé à soutenir que l'action en dommages-intérêts de la mineure Z... ne serait pas recevable comme ayant pour cause un acte immoral de ladite mineure ;

Attendu, en effet, que la demande de Z..., ès noms, n'a pas pour base et pour cause l'acte immoral accompli par la mineure Z... lorsqu'elle s'est donnée à X..., mais la faute odieuse commise par le défendeur qui n'a pas craint de communiquer la terrible maladie dont il était atteint à une enfant de seize ans, dont il paraît avoir été le premier amant, la demoiselle Z... établissant, par un certificat médical, qu'elle était encore vierge à la fin de l'année 1900 ;

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que la demande de Z..., ès noms, est recevable, et que X... doit à la mineure

Z... réparation du préjudice qu'il lui a causé, par sa faute, dans des circonstances où sa conduite doit être sévèrement qualifiée ;

Attendu que le tribunal a les éléments nécessaires pour apprécier l'étendue du préjudice éprouvé par la mineure Z..., et pour fixer le chiffre des dommages-intérêts qui lui sont dus par le défendeur ;

Par ces motifs : — Déclare X... mal fondé dans toutes ses exceptions, fins et conclusions, et pour réparation du préjudice qu'il a, par sa faute, causé à la mineure Z... ; — Condamne X... à payer à Z..., ès noms et qualités, la somme de 12,000 fr. à titre de dommages-intérêts ; — et en tous les dépens.

On rapprochera ce jugement de notre dissertation précitée : il en confirme de tous points l'argumentation et la conclusion.

J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **troisième Congrès international des médecins de Compagnies d'assurances** s'ouvrira à Paris, le lundi 25 mai prochain, sous la présidence d'honneur de M. Trouillot, Ministre du Commerce.

Les médecins désireux d'y prendre part sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible pour qu'ils puissent recevoir le volume des rapports présentés au Congrès.

Pour les membres de ce Congrès, les billets d'aller et retour, délivrés le samedi 23 mai, seront valables jusqu'au lundi 1er juin.

Les congressistes qui voudront bénéficier de cette faveur devront écrire à ce propos au docteur A. Siredey, 80 rue Taitbout, secrétaire général du Congrès.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Notre collègue et collaborateur, le docteur Ausset vient de créer un journal de clinique et de thérapeutique infantiles, *la Pédiâtrie pratique*. S'adressant aux praticiens de la ville et de la campagne, aux prises avec les difficultés journalières de la clinique infantile, ce journal sera un journal de pratique et rien que de pratique. L'activité de notre collègue, le savoir des nombreux collaborateurs dont s'est entouré M. Ausset nous sont garants que *la Pédiâtrie pratique* atteindra son but. Aussi lui adressons-nous notre amical souhait de bienvenue et la verrons-nous avec satisfaction prendre et garder une place prépondérante dans la presse médicale.

— Nous apprenons avec satisfaction que notre collègue, le professeur Lescœur, vient d'être élevé de la troisième à la deuxième classe du cadre, pour prendre rang à partir du 1er janvier, et lui adressons à cette occasion nos meilleures félicitations.

— **Le Congrès de Talassothérapie et de Climatologie** de Biarritz a élu parmi ses vice-présidents notre excellent collaborateur M. le professeur Carlier, à qui nous adressons à cette occasion nos meilleures félicitations.

Soutenances de Thèses

M. P.-E. Eliet, de Fourmies (Nord), pharmacien de 1re classe a soutenu avec succès, le lundi 27 avril 1903, sa thèse de doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie) (1re série n° 5), intitulée : **Le chardon hémorrhoïdal (cirsium arvense) et l'urophora cardui.**

M. A.-J.-A. Lambert, de Valenciennes (Nord), pharmacien de 1re classe, aide-préparateur de pharmacie, a soutenu avec succès, le mardi 28 avril 1903, sa thèse de doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie) (1re série n° 6), intitulée : **Contribution à l'étude de l'action biologique du rein et du foie vis-à-vis de certains composés chimiques et médicaments.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Toulouse. — M. le docteur Caubet, professeur de clinique médicale, est nommé doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse pour trois ans, à dater du 16 mai 1903.

Marseille. — M. le docteur Acquaviva est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Lyon. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Viannay, Piollet et Laroyenne.

Notre Carnet

— Le 18 avril a été célébré à Lille le mariage de M. le docteur Fiévet avec mademoiselle Peel. Nous adressons nos meilleurs souhaits à notre confrère.

— Le 25 avril a été célébré à Lille le mariage de M. le docteur Maurice Wintrebert avec mademoiselle Anna Liénart. Que notre confrère reçoive l'assurance de nos meilleurs souhaits.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Charbonnier, de Saint-Calais (Sarthe) ; Jaclard, de Paris ; Martinet, médecin-major de l'armée coloniale ; Saumier, de Xertigny (Vosges) ; Vitault, des Ponts-de-Cé (Maine-et-Loire) ; Lecacheux, d'Angers (Maine-et-Loire) ; Périer, de Saint-Clair-sur-Epte (Seine-et-Oise) ; Robin fils, de Loudéac (Côtes-du-Nord) ; Marron, de Rosne (Meuse) ; Mathis, médecin-inspecteur de l'armée de réserve ; Routin, de Mézin (Lot-et-Garonne) ; Audibert, de Paris ; Brasseur, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Beaudeloce, de Paris ; Crimail, de Pontoise (Oise) ; Grégoire, de Vermenton (Yonne) ; Hoffmann, de Paris ; Damideaux, d'Epernay (Marne) ; Grangé, de Frontenac (Gironde) ; Lelong, de Chartres (Eure-et-Loir).

Tourdès, interne à l'ambulance d'El Kattar (Algérie).

Jules Degroote, de Caestre (Nord). Nous adressons à sa famille l'expression de nos plus vives condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Hystérotomie et hystérectomie en Obstétrique, par le docteur V. Bué, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Lille, lauréat de l'Académie de médecine (Prix Tarnier, 1902). — F. R. de Rudeval, éditeur, Paris.

La thérapeutique obstétricale a su largement profiter de l'essor considérable donné aux interventions chirurgicales, par la pratique de l'asepsie et de l'antisepsie, aidée d'une technique de jour en jour perfectionnée.

De là une modification radicale du traitement de certaines causes e dystocie, au grand bénéfice de la mère et de l'enfant.

Dans son mémoire, l'auteur passe en revue les indications actuelles de l'hystérotomie et de l'hystérectomie en obstétrique.

C'est ainsi que dans une série de chapitres, nous assistons, dit M. le professeur Gaulard, dans sa préface, à l'étude de ces interventions dans les bassins viciés, les abcès éclamptiques, les atrésies vaginales, la rigidité du col, la putréfaction fœtale intra-utérine, le cancer et les fibromes utérins compliquant la grossesse et l'accouchement.

L'amputation partielle ou l'extirpation totale de l'utérus trouve-t-elle son indication dans le traitement des ruptures utérines et de l'infection puerpérale ?

C'est ce que l'auteur a tenté de mettre en lumière en résumant la plupart des travaux parus sur la question.

Quelques indications plus rares sont enfin étudiées.

L'auteur a nettement décrit la technique opératoire de ces interventions.

Tel est ce volume qui a le mérite de bien montrer les nouvelles ressourses de l'Obstétrique associée à la Chirurgie et dont la lecture ne peut qu'être utile à tous ceux qui s'intéressent à ces questions d'un intérêt sans cesse croissant.

OUVRAGES REÇUS

— **Rapport sur les travaux du Conseil central de salubrité et des conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1901**, par le docteur Thibaut, Secrétaire général, Lille, Danel, 1902.

— **Manipulations de pharmacie**, par le pofesseur E. Gérard, de la *Bibliothèque de l'étudiant en pharmacie*, A. Storck, Lyon, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

16e et 17e Semaine, du 12 au 25 Avril 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	11
3 mois à un an	10	11
1 an à 2 ans	7	6
2 à 5 ans	7	7
5 à 10 ans	3	3
10 à 20 ans	5	4
20 à 40 ans	21	22
40 à 60 ans	26	15
60 à 80 ans	24	19
80 ans et au-dessus	1	3
Total	115	101

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	1	2	2	3	»	»	»	2	»	»	»	»	»	13	23	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	»	»	»	1	2	2	1	»	»	5	2	»	»	»	»	11	25	16
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	»	»	»	»	2	5	3	2	»	»	6	2	»	»	»	»	16	37	32
Wazemmes, 36,782 hab.	1	1	»	1	1	»	»	5	1	4	10	»	»	8	»	»	»	»	»	11	43	46
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	2	»	»	3	»	»	»	»	»	5	14	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	2	4	»	3	»	1	2	2	»	1	»	»	9	24	19
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	2	»	»	»	2	»	5	15	10
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	5	10	11
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	1	1	1	3	»	3	»	»	4	1	1	»	»	1	4	20	35
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	8
Total.	3	2	»	2	1	2	3	18	19	13	23	»	1	35	7	1	1	3	1	82	216	211

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 330. Septième Année. N° 19. Le Numéro : **10** centimes 10 Mai 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'« ÉCHO MÉDICAL » EN ESPAGNE

Impressions générales

Lorsqu'on annonce son départ pour un voyage en quelque pays réputé intéressant, les dames vous disent : « vous m'enverrez des cartes postales illustrées ». Il doit y en avoir jusqu'au Pôle Nord. Si vous collaborez à un journal, le rédacteur en chef vous insinue que vous trouverez là-bas des sujets d'articles. C'est bien ce que nous a suggéré notre excellent collègue et ami le professeur Combemale, en voyant quatre bons compagnons, MM. Charmeil, Gaudier, Verdun et l'auteur de ces lignes, partir le 5 avril pour le XIVe Congrès International de Médecine de Madrid, par le chemin des écoliers, c'est-à-dire en visitant d'abord l'Andalousie.

Des sujets d'articles, c'est facile à dire ; mais, même au pays du Cid, cela ne se trouve point dans le pas d'une mule : d'articles médicaux, s'entend Car, si nous avons fait ample moisson de souvenirs pittoresques et d'impressions d'art, il serait pourtant malséant de disserter dans un journal médical sur l'architecture mauresque, en comparant, avec photographies à l'appui, la beauté grandiose de la Mosquée de Cordoue aux ornements tarabiscotés de l'Alhambra de Grenade ; ou bien encore de vous décrire les danses du ventre des gitanes de l'Albaicin, et les péripéties, fort monotones du reste, d'une *corrida de toros*.

En ce qui concerne les documents sur le Congrès de Madrid lui-même, il y a des choses que vous trouverez partout : questions proposées, rapports officiels, titres des communications avec les noms de leurs auteurs. Il suffirait, pour vous en entretenir longuement, d'ouvrir la brochure spéciale remise aux congressistes, brochure que tous les journaux de médecine découperont à l'envi et serviront par tranches à leurs lecteurs.

Sur d'autres choses, dont on a beaucoup jasé là-bas, les journaux seront probablement plus discrets ; je veux parler de l'organisation matérielle du Congrès, organisation si sommaire qu'elle en était quasi-amorphe. Il n'y avait vraiment de bien réglé que la réclame de la Compagnie de Vichy-Etat.

C'était certes un amusant spectacle que celui des deux étroits guichets (parfois il n'y en avait qu'un d'ouvert), où se bousculaient chaque matin des cen-

taines de congressistes, sans catégorisation de nationalités ou de langues, pour résoudre les questions compliquées de logements, de billets à prix réduits, de renseignements sur le siège ou les travaux des sections dont aucune affiche n'indiquait ni l'emplacement ni les heures de séance. Oui, c'était là, je vous jure, un superbe tohu-bohu, une mirifique Babel que nos confrères indigènes contemplaient d'ailleurs avec une parfaite impassibilité. Glissons : *Cosas de España.*

Nous avons voulu offrir à nos lecteurs quelque chose de moins banal, quelque chose ayant, en dehors de l'actualité aiguë, une vraie saveur espagnole. Nous avons donc résolu d'écrire pour eux deux articles : l'un de M. GAUDIER sur un hôpital d'enfants de Madrid, de création récente et de très bon fonctionnement ; l'autre de votre serviteur sur la très vieille faculté de Médecine de Grenade, que nous avons pu visiter, sinon dans tous ses détails, du moins de façon suffisante, établissement d'enseignement supérieur quelque peu rudimentaire et archaïque.

Ces articles seront illustrés de phototypies dues à notre collègue VERDUN. Il faudra un certain temps pour développer les clichés, qui ne sont pas encore tous arrivés à Lille. Ce n'est donc que dans quatre ou cinq numéros que nous pourrons nous acquitter de l'engagement que nous prenons ici vis-à-vis de nos fidèles abonnés. En me chargeant de leur annoncer ces articles et de les prier en même temps de prendre patience, mes collègues m'ont engagé à leur présenter tout d'abord quelques réflexions à bâtons rompus, — médicales et autres, — tirées de nos impressions et de nos conversations de voyage.

***

« Voilà un pays qui doit vous plaire, me répétaient souvent mes compagnons ; l'alcoolisme n'y existe pas. » Je savais en effet par les statistiques que l'Espagne est une des nations les moins contaminées. Mais, ne le sût-on pas, cela saute aux yeux, s'accusant par mille symptômes. A Séville, à Cadix, à Grenade, à Madrid, à Tolède, très peu de débits populaires de boissons. Contrairement à ce qui se passe dans nos villes où il n'y a guère de rue de cent mètres de long qui ne compte trois ou quatre cabarets, on parcourt des rues espagnoles d'un demi-kilomètre sans rencontrer l'enseigne : *Vinos, Cervezas* (1), *y Licores*, ou *Vinos y aguardientes.* (L'aguardiente (2) est une eau-de-vie aromatisée d'anis). Et on peut visiter une demi-douzaine de cités sans y être obsédé par les réclames murales de l'amer Picon ou de l'absinthe oxygénée Cusenier.

Dans les cafés on boit très peu de liqueurs distillées ou même fermentées. Dans un des deux ou trois grands cafés de Grenade pris au hasard, j'ai eu la curiosité de compter un après-midi le nombre des consommateurs et d'examiner la nature des consommations : Il y avait soixante-six personnes. *Une seule* prenait une boisson alcoolique : un petit verre de cognac avec le café. Les autres, tout en fumant beaucoup, buvaient du café (souvent avec de la crème), des orangeades, des citronnades, des sirops. Beaucoup prenaient de l'eau pure et le *camerero*,... pardon, je veux dire le garçon, n'était nullement étonné de s'entendre commander : « *Agua fresca* ». Pas un verre d'absinthe dans ce café ni dans d'autres.

La chaleur et la poussière dessèchent la gorge et donnent soif. Songez que, dans la première quinzaine de notre voyage, tandis que le froid et la neige faisaient rage à Lille — et à Paris — nous jouissions à Séville et à Cadix d'un soleil radieux et d'une température égale à celle qui règne ici en juillet. A Grenade nous avons vu passer sous nos fenêtres une procession ayant pour but de demander de la pluie à la Madone. Il n'avait pas plu depuis trois mois. Eh bien, aux promenades, dans les foules, on ne boit que de l'eau. Sur le parcours des processions de la Semaine Sainte à Séville, aux courses de taureaux, partout où il y a du monde, les marchands d'eau fraîche foisonnent. Ils circulent à travers les groupes, portant sur l'épaule ou sous le bras leurs vastes alcarazas ; on n'entend que leur cri : « *Agua fresca ! Quien quiere agua ?* » (Eau fraîche, qui demande de l'eau). Et ils vendent leur marchandise. Je songeais à part moi aux minces recettes qu'ils réaliseraient parmi les foules françaises.

La frontière constitue à cet égard une délimitation très nette. A Burgos on a bien la sensation d'un peuple buveur d'eau. A Bayonne on retrouve les terrasses des cafés garnies, les vertes absinthes sur les tables ; et les réclames de Picon et de Cusenier reflamboient sur les murailles.

A propos de ce contraste, un de mes anciens camarade d'internat, le docteur FREDET, de Royat, que nous rencontrâmes flânant à la Puerta del Sol, devant le cortège funèbre d'un vieil amiral, — lequel avait eu l'amabilité de se faire enterrer ce jour-là pour

(1) *Cerveza*, bière. Du latin *cervisia* ; c'est notre vieux mot *cervoise*.
(2) De *agua ardiente*, eau brûlante. Dénomination plus juste que celles d'*eau-de vie*.

nous offrir le spectacle d'une belle pompe militaire espagnole, — FREDET s'écriait : On est toujours l'alcoolique de quelqu'un. Nous autres, qui nous croyons sobres, nous sommes des ivrognes auprès de ces gens-là !

***

L'Espagnol des classes pauvres, comme celui des classes moyennes, est donc généralement très tempérant. Il pourra bien, nous faisait observer un de nos compatriotes du Pas-de-Calais rencontré en chemin de fer et qui dirige plusieurs fabriques de sucre en Andalousie, il pourra bien faire accidentellement, assez rarement, une ribotte de vin ; mais il ne s'imbibe pas quotidiennement. En revanche il est exploiteur et mendiant. Des hommes d'équipe du chemin de fer, qui n'ont fait que leur service en pesant et en enregistrant vos bagages, viendront à deux ou trois vous harceler de demandes de gratifications (je n'ose pas dire de pourboires), jusqu'au moment où vous les enverrez carrément promener. L'Espagne est d'ailleurs la terre bénie du bakhchich. Une compagnie de touristes est escortée durant des heures par des bandes d'enfants (de *niños*, comme on dit là-bas,) qui vous piaillent incessamment aux oreilles : « *cinco centimos, señor* » ; ou par des mendiants, porteurs de têtes à la Goya, qui vous hèlent en vous appelant : *caballero*. Des gens même dont l'allure et le costume paraissent exclure l'idée de mendicité, sont des quémandeurs sans vergogne. Une amusante anecdote : A Ronda, curieuse petite ville trop peu visitée, VERDUN désirait s'avancer jusqu'à l'extrême pointe d'un rocher pour mieux photographier un très pittoresque ravin. Or, sur cette roche poussait une maigre culture maraîchère où travaillait un paysan accompagné d'un enfant. VERDUN lui demande en espagnol la permission de traverser le champ, moyennant une légère rétribution. Puis il me dit : donnez-lui donc cinq sous ; et il passe. Je tends la monnaie au paysan qui la repousse du geste d'Hippocrate refusant les présents d'Artaxercès. CHARMEIL salue poliment cet hidalgo désintéressé. Quand VERDUN revint sur la route, le niño s'approcha de lui et lui expliqua qu'un réal (25 centimes) ce n'était pas suffisant et que le paysan réclamait la demi-peseta (50 centimes). CHARMEIL a beaucoup regretté son coup de chapeau.

***

Ce paysan ne laisse pas pourtant d'être laborieux à sa façon. M. Jules CAMBON, ancien préfet du Nord, aujourd'hui ambassadeur de France à Madrid, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans le Sud-Express et avec lequel nous avons conversé assez longuement, nous disait, en traversant les plaines arides et désolées de la vieille Castille où nous nous étonnions de ne voir que quelques rares cabanes isolées et de non moins rares petits carrés de verdure : « Le paysan castillan fait chaque matin et chaque soir cinq ou six kilomètres sur son bourriquot pour venir gratter et cultiver sa pauvre terre, où il récolte péniblement des oignons, ou un peu de blé. Mais il a si peu de besoins : une galette à l'huile, quelques légumes et quelques fruits, une cigarette ; et c'est tout. »

Si l'homme du peuple a des désirs, ce sont plutôt des désirs de luxe relatif et d'apparat. Notre fabricant de sucre a dans son usine des ouvriers gagnant 6 réaux (30 sous) par jour. Ils dînent d'un morceau de pain et d'une côte de melon, mais ils viennent à la fabrique en chemise à plastron empesé et en cravates de couleur. L'Espagnol, même dans les couches sociales un peu élevées, ne semble guère avoir le sens du confortable. Il ne fait en tout cas aucun effort pour le réaliser. La ligne de chemin de fer Port Bou-Barcelone-Valence-Alicante pourrait, en organisant des trains rapides et un service de bons bateaux entre Carthagène et Oran, raccourcir d'un tiers le temps nécessaire pour aller en Algérie et réduire le trajet par mer à cinq heures au lieu de vingt-six. Ce seraient des recettes absolument certaines. Il y a dix ans qu'on en parle ; cela ne se fait toujours pas.

***

Je sais qu'il est ridicule de prétendre donner son opinion sur un pays où l'on a passé vingt jours et dont on ignore la langue. Mais le peu que j'en ai vu, et tout ce que l'on nous a raconté sur place, confirment pleinement ce que j'en ai naguère entendu dire par un homme qui, lui, connaît beaucoup l'Espagne ; j'ai nommé M. GEBHART, professeur à la Sorbonne.

Il y a quelques années M. GEBHART vint à Lille faire, sous les auspices de la Société des Amis de l'Université, une fort belle conférence sur les *Origines de Don Quichotte*. Nous l'invitâmes à souper après la conférence ; et là, en une conversation intime et familière qui est restée un de mes bons souvenirs, M. GEBHART nous parla de l'Espagne moderne. C'était immédiatement après la guerre hispano-américaine.

« Voyez-vous, nous disait-il en résumé, être un » peuple vaillant, dur à la fatigue, sobre, sans besoins, » ç'a été jadis une grande supériorité, à l'époque où, » dans toute l'Europe, la civilisation et le bien-être » étaient partout également rudimentaires et simples. » C'est une infériorité aujourd'hui, avec l'extrême » complexité et la transformation incessante de la vie » moderne. A cette heure, pour garder seulement » son rang, il faut sans trêve faire effort, chercher » des voies nouvelles, déployer de l'initiative et de » l'ingéniosité. Il est très à craindre que l'Espagne, » nonchalante à l'égard des progrès matériels dont » elle conçoit mal la nécessité, figée dans l'orgueil » de son passé historique, ne sache ni profiter de la » défaite, qui la débarrasse de ses ruineuses colonies, » pour réduire des dépenses militaires très exagérées, » ni tirer parti des énormes richesses minières de son » sol. Dans notre temps de lutte pour la vie, on ne » peut attendre grand'chose de gens qui vivent d'une » cigarette et d'un verre d'eau. »

Dr H. Folet.

Epilepsie procursive (1)

PAR
le Dr Ingelrans
Chef de clinique à la Faculté
ET
R. Dubois
externe des hôpitaux

L'épilepsie procursive est rare, quoiqu'actuellement bien connue. En 1887 et 1888, MM. Bourneville et Bricon en ont publié une très remarquable monographie dans les *Archives de Neurologie*. C'est de ce travail que date l'histoire de cette curieuse forme du mal comitial, bien que ces auteurs aient pu en relever un certain nombre d'exemples relatés avant eux. L'année suivante, M. Mairet écrivait dans la *Revue de Médecine* des leçons cliniques sur ce sujet, puis MM. Ladame, Lemoine et Delbreil, Wacquez, etc., apporteraient de nouvelles contributions à son étude. Il peut encore être intéressant actuellement d'en présenter un cas à la *Société centrale de médecine*.

L'épilepsie procursive proprement dite est constituée par une course ou propulsion rapide en ligne directe dans l'axe horizontal du corps, ou avec rotation à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivie de coma, mais se compliquant d'une congestion très forte de la face.

Tel est l'accès procursif vrai. A côté de lui, une place doit être faite à l'épilepsie avec aura procursive. Il s'agit alors d'attaques convulsives précédées d'une course qui constitue véritablement une aura motrice coordonnée et dont notre malade semble offrir un exemple caractéristique.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 3 avril 1903.

Enfin, la procursion post-épileptique et le vertige procursif forment encore deux modalités possibles de la course comitiale ; plus rares à la vérité que les précédentes, mais néanmoins bien établies.

Cette course est subite, impulsive et inconsciente. Le malade s'élance en avant, parfois en arrière (Lannois), évitant d'ordinaire les obstacles placés sur sa route. Après un certain temps, il s'arrête et tout est dit, si c'est une attaque entièrement représentée par la procursion ; il tombe au contraire en convulsions, si c'est à une aura motrice qu'on vient d'assister.

Combien de temps dure cette impulsion ? cela est assez variable. L'architecte de Trousseau courait un quart de minute sur ses échafaudages. Le malade XVII de Bourneville fait deux fois le chemin du cabinet au fond de la cour (66 mètres). Ailleurs, le sujet ne s'arrête que lorsque les jambes, se croisant, rendent toute locomotion impossible (Salgues).

La conscience peut exister à l'état rudimentaire chez ces malades, puisque souvent ils évitent les obstacles. En tout cas, après l'accès l'amnésie est complète. Quelquefois aussi ces épileptiques se précipitent sur ce qu'ils rencontrent, au risque de se tuer.

Le cri initial fait presque toujours défaut, mais pendant la course il n'est pas rare que des cris répétés soient poussés par le sujet. Le coma terminal manque habituellement, si la procursion constitue l'accès tout entier.

L'épilepsie procursive se développerait surtout chez des dégénérés. Chaslin écrit qu'elle s'observe surtout dans l'enfance et même la jeunesse, puis qu'elle varie peu à peu d'allure avec l'âge, alternant plus ou moins complètement avec les accès convulsifs plus classiques dans lesquels elle peut finir par se transformer et se perdre. MM. Lemoine et Delbreil disent qu'il s'agit d'épileptiques gravement atteints, dont la maladie est souvent consécutive à des affections du jeune âge ou à des lésions des centres nerveux et chez lesquels l'affaiblissement intellectuel est survenu de bonne heure. L'aura procursive se montre de préférence chez des malades qui présentent des signes de déchéance physique ou intellectuelle profonds. Ce sont ceux qui sont épileptiques depuis leur enfance, qui sont idiots ou imbéciles, qui présentent des malformations du crâne, de la microcéphalie, qui en sont le plus souvent atteints.

Cette forme d'épilepsie serait presque constamment symptomatique ; Mairet, après Bourneville et Bricon, conclut qu'elle s'accompagne de lésions organiques de l'encéphale, sclérose atrophique ou hypertrophique, en divers points, mais parfois exclusivement au niveau du cervelet dont l'atteinte est des plus fréquentes. Elle pourrait aussi dépendre d'une lésion de l'âge adulte (hémorragie, etc.) (Thèse de Delbreil). Quand l'épilepsie ordinaire se transforme en épilepsie procursive, c'est qu'il se produit vrai-

semblablement une lésion nouvelle qui tient alors sous sa dépendance les phénomènes moteurs.

Il était nécessaire de rappeler ces notions générales avant de donner l'histoire du malade que voici, car il diffère en plusieurs points du tableau symptomatique général. D'abord, le début du mal comitial n'a eu lieu chez lui qu'à l'âge de trente-trois ans : pendant quatre années, son épilepsie a été régulière, sans procursion. Puis les attaques ont été précédées d'une aura procursive. L'épilepsie ordinaire a donc subi ici une transformation qui est fort rare, car bien plus souvent, ce que l'on constate c'est l'inverse, l'attaque procursive prenant les allures de l'épilepsie vulgaire. Enfin, notre sujet présente assez souvent des attaques réduites à l'aura, ce qui n'est pas exceptionnel en général, mais peu signalé dans la forme en question. D'autre part, on peut également arrêter net la course en le frappant ou en l'aspergeant d'eau : on fait ainsi avorter l'accès. Si cela n'est pas rare dans l'épilepsie typique lors de l'aura, nous ne l'avons point trouvé relaté en ce qui concerne l'épilepsie procursive, mais c'est bien une indication que la procursion est chez le malade une aura et non l'attaque, car celle ci est toujours incoercible chez les comitiaux. Il a de plus des absences fréquentes avec persistance de l'automatisme psychique.

Les auteurs s'accordent pour dire que toute espèce de traitement de l'épilepsie procursive est inefficace : les bromures sont absolument inactifs. Cela est du reste naturel, car c'est une épilepsie symptomatique.

Pierre V..., journalier, âgé de 39 ans, entre le 14 mars 1903, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, salle Sainte-Madeleine, n° 5. Il vient se faire soigner pour des accès convulsifs précédés de course inconsciente et se produisant depuis plusieurs années.

Ses parents sont en bonne santé et ne paraissent pas être alcooliques. Il a deux sœurs et six frères bien portants et nullement épileptiques. Un autre frère s'est suicidé en se jetant sous un train.

Le malade lui-même a eu des convulsions dans l'enfance. Il n'accuse pas pour cette époque de maladie importante. Pendant sa jeunesse, son tempérament ne paraît point avoir été trop nerveux.

Il s'est marié à l'âge de vingt-deux ans et a eu huit enfants, dont trois sont nés depuis l'apparition du mal comitial. Les deux premiers enfants sont vivants, le troisième est mort de méningite à l'âge de deux ans, le quatrième est mort avec des convulsions à dix sept mois, le sixième a eu deux fois des convulsions à l'âge de trois ans, le huitième est mort d'athrepsie également avec des accès convulsifs.

A l'âge de 33 ans, Pierre V... à la suite d'une discussion entra dans une violente colère et voulut se battre. C'est là, pour lui, l'origine de sa maladie, mais, en réalité, il n'eut sa première attaque que trois ou quatre semaines plus tard. Il affirme n'avoir jamais bu et n'avoir point contracté de maladie vénérienne : sa femme n'a pas fait de fausse couche.

A dater de la première attaque, qui remonte à six ans, il devint très irritable et émotif avec des insomnies et de fréquents maux de tête. Il perd de plus en plus la mémoire.

Ce malade présente des crises d'épilepsie d'une façon irrégulière, quelquefois toutes les semaines, souvent moins, rarement plus. Quand il a une première attaque, celle-ci peut être le point de départ d'une série et les accès se renouvelleront alors trois ou quatre fois dans la journée même.

Au début de son affection, les crises comitiales étaient typiques et normales. Il tombait subitement sans connaissance, puis se produisaient des convulsions toniques et cloniques bilatérales. Une bave sanguinolente apparaissait aux lèvres. L'état cyanotique était extrême. Parfois, des accès subintrants survenaient pendant une demi-heure.

Après la crise, hébétude et amnésie absolue. Jamais aucune paralysie consécutive, mais des traces d'ecchymoses, des morsures de la langue. Pendant quatre années les attaques furent fréquentes : il se passait rarement une semaine sans qu'elles survinssent. Souvent elles se répétaient trois ou quatre fois par jour.

Il y a deux ans, la première manifestation procursive surgit. Le malade courut droit devant lui depuis la rue Brûle-Maison jusqu'à la rue de Paris. Là, il tomba et fit une attaque convulsive semblable aux précédentes.

Actuellement la forme procursive est constante. La course a lieu sans prodromes sensitifs ni psychiques. Il se déshabille, enlève sa veste et court : il a ainsi abandonné plusieurs fois des vêtements sur sa route. Après un trajet variable, il pousse un cri, ou vocifère et tombe en attaque. D'autres fois, mais plus rarement, il s'arrête tout à coup spontanément et tout est terminé : l'attaque est réduite ainsi à l'aura procursive. Dans ce cas, il ignore qu'il a couru, de même qu'il n'a aucune conscience des accès complets.

Pendant l'aura procursive, on peut arrêter la course en lui jetant vivement un verre d'eau sur la face. Ce moyen abortif échoue d'ailleurs assez souvent. A l'hôpital, les crises ont eu lieu jusqu'à présent dans les salles. Il évite les obstacles et d'ailleurs n'a jamais fait de trajet dépassant quelques dizaines de mètres. Toujours on l'a vu arrachant ses vêtements au moment initial. Un dimanche à la chapelle, il s'est mis à courir, en criant, entre les bancs, et ses voisins l'ont arrêté. Hier soir, à six heures trois quarts, il a saisi un rideau de lit et l'a chiffonné entre ses mains : son voisin l'a vu alors faire trois fois le tour de la salle puis il a démonté l'appareil à gaz. Il est ensuite revenu à lui sans nulle conscience de ce qu'il venait d'accomplir. C'est là une véritable absence avec persistance de l'activité automatique.

Ce malade est un homme assez robuste, de caractère bizarre et d'aspect un peu hébété. Il n'a aucune malformation crânienne, mais les oreilles sont petites, la voûte palatine est excavée, la langue est déviée à droite. Aucun autre stigmate de dégénérescence. L'examen des yeux, pratiqué par M. le Dr PAINBLAN, n'a rien révélé de particulier : le champ visuel est normal.

Les réflexes rotuliens sont normaux ; le cutané plantaire est aboli. La sensibilité cutanée sous tous ses modes est normale, sauf une légère analgésie au membre supérieur droit. Pas d'incontinence d'urine. Ni vertige, ni tremblement, mais des céphalées et de la névralgie faciale : de temps à autre, douleurs épigastriques. Appétit conservé : pas de vomissements. Le sommeil est souvent troublé par des rêves enfantins. Les urines, examinées à plusieurs reprises ne contiennent ni sucre, ni albumine. Température 36° 7 ; pouls 74. Aucun souffle cardiaque. Rien aux poumons. Eczéma chronique au niveau de l'avant-bras : pas de cicatrices cutanées.

Ce malade est encore en observation depuis une quinzaine qu'il est en séjour à l'hôpital. Le traitement antisyphilitique pourra être institué quoi qu'apparemment il

doive demeurer sans résultat. Le traitement bromuré n'a jamais procuré aucune amélioration.

Telle est cette observation que nous n'avons pas cru devoir détailler davantage, car les symptômes en sont frappants et caractérisés, ne donnant prise à aucune confusion diagnostique, et assez parlants par eux-mêmes pour dispenser de toute interprétation superflue.

BIBLIOGRAPHIE

MM. Bourneville et Bricon, puis M. Ladame, signalent les cas antérieurs à 1887. Voici les principales indications bibliographiques après cette date :

Marandon de Montyel. — *Montpellier médical*, juillet 1888 (un cas).
Hare. — *Medical News*, 1888, p. 554 (deux cas).
Ladame. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1889, p. 5.
Mairet. — *Revue de médecine*, février 1889 (trois cas).
Wacquez. — *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1889, p. 62 (un cas).
Lemoine et Delbreil. — *Bull. de la Société de médecine mentale de Belgique*, juin 1889.
Delbreil. — Thèse de Lille, 1889 (onze cas).
Büttner. — *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1890 91, p. 549.
Kramer. — *Zeitsch. f. Heilkunde*, 1890, p. 267.
Ferguson. — *New-York med. Journ.*, 1891, p. 256.
Potts — *Univ. M. Mag.*, Philadelphia, 1893, p 696 (deux cas).
Hoisholt. — *Occid. med. Times*, Sacramento, 1894, p. 177.
Noguès. — *Arch. med. de Toulouse*, 1895, p. 229 (trois cas).
Arthur. — *State Hosp. Bullet.*, Utica, 1896, p. 542 (un cas)
Baumstark. — Thèse de Fribourg en Brisgau, 1897.
Winkler. — *Psychiat. en Neurol. Blatt*, Amsterdam, 1897, p. 321.
Zubkovski. — *Voyenno med Journ.*, Petersburg, 1897, p. 321.
Mingazzini. — *Riv. speriment di frenatria*, vol. XX, 1894.
Loza. — *Gac. med. de Granada*, 1899, p. 409 (un cas).
Lannois. — *Lyon médical*, 28 juillet 1899 (trois cas).
Schuster et Mendel — *Münch. med. Woch.*, 1899, p. 918.
Borovnikoff. — *Obozr. psichiat. neurol.*, Petersburg, 1899, p. 468.
Goldbaum. — *Wiener med. Woch.*, 1902, col. 1848 (deux cas).

Consultations Médico-Chirurgicales

Étranglement herniaire

Professeur L. Dubar et docteur G. Potel.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I**. Un individu porte depuis plus ou moins longtemps une hernie qu'il maintient tant bien que mal au moyen d'un bandage. A la suite d'un effort, il sent brusquement sa hernie augmenter de volume, se tendre et devenir douloureuse. En même temps, il ressent un malaise général et des troubles digestifs, nausées, vomissements, coliques. Inquiet, le malade essaie dans les positions les plus variées de faire réintégrer à la hernie la cavité abdominale, mais contrairement à ce qui lui est arrivé plusieurs fois, il n'y peut parvenir. Après plusieurs heures, une demi-journée, souvent un temps beaucoup plus long, passé en vaines tentatives de réduction et en application de topiques divers, le malade se décide à appeler le médecin.

Celui-ci trouve le patient agité, à la recherche d'une position qui puisse le soulager. Les traits sont déjà un peu altérés, tirés ; le pouls est augmenté de fréquence avec une dépressibilité plus ou moins accusée. Il n'y a plus eu depuis le début des accidents de garde-robes ni d'émission de gaz par l'anus ; exceptionnellement toutefois quelques matières ou quelques gaz ont été émis pendant les premières heures. A l'examen, la hernie n'a plus sa mollesse habituelle ; elle est tendue, rénitente, douloureuse, particulièrement au niveau du pédicule. Le diagnostic d'*étranglement herniaire* s'impose.

II. Mais l'étranglement herniaire ne se présente pas toujours avec le même cortège de symptômes. Quand les phénomènes qui l'accompagnent sont plus nombreux ou plus accentués, quand le tableau est plus poussé, il n'en résulte aucun inconvénient, car l'attention est plus rapidement et plus fortement attirée. Encore faut-il que la relation entre l'étranglement d'une hernie et les phénomènes graves parfois observés : violence des douleurs abdominales, faciès profondément altéré, respiration fréquente, petitesse et rapidité du pouls, auxquels s'ajoutent dans certains cas rares de choléra herniaire, l'hypothermie, la cyanose de la face, les crampes dans les mollets, la rareté des urines, soit appréciée comme il convient par le médecin.

III. Bien plus difficiles et insidieux sont les cas où l'étranglement herniaire s'est constitué sans douleur notable du côté de la hernie, sans phénomènes subjectifs sérieux : pas de vomissements, pas de coliques, bon état général qui permet au malade de vaquer à ses occupations. Tout se résume à un peu de tension et de sensibilité du côté de la hernie et à quelques nausées. Malgré l'apparence si bénigne de l'accident, l'étranglement herniaire n'en est pas moins constitué comportant bientôt des lésions anatomiques de plus en plus graves à mesure que le temps passe.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Livré à lui-même, l'intestin étranglé va subir des modifications profondes dont la série suit à peu près la progression suivante : arrêt de la circulation artério-veineuse, œdème, altération des parois, pénétration des microbes dans les tuniques altérées et dans le sac, infection, gangrène. Les microbes qui vivent normalement dans l'intestin, et que l'intégrité de l'épithélium rend inoffensifs, pénètrent à la faveur des lésions de la paroi intestinale dans les tuniques de l'intestin qu'ils traversent et arrivent jusqu'au sac. Leur virulence s'y exalte à ce point que leurs produits de sécrétion résorbés intoxiquent rapidement l'économie, et peuvent tuer le malade avant

même l'apparition de la gangrène herniaire et de la péritonite.

Si la virulence est moindre et permet l'évolution de la maladie, la paroi intestinale privée de circulation se sphacèle, soit au niveau du collet du sac, soit au niveau de la portion herniée. La moindre pression suffit alors à rompre l'intestin ; dans certains cas, l'intestin se sectionne de lui-même au niveau de l'agent d'étranglement, une extrémité rentre dans l'abdomen semant dans le péritoine les produits septiques et les matières fécales.

Des accidents graves, mortels, stercorémie, gangrène de l'anse herniée, péritonite, menacent donc à bref délai tout malade atteint de hernie étranglée. La conclusion est qu'**un médecin ne doit abandonner un malade atteint de hernie étranglée que lorsque l'intestin a été complètement libéré**.

Et ceci, quelle que soit la bénignité apparente des symptômes. Ne vous laissez surtout pas aller à une fausse sécurité parce que les douleurs se seront atténuées douze ou quinze heures après le début des accidents ; au contraire, l'intestin est moins douloureux parce que le sphacèle est imminent ou que l'intoxication est plus profonde. L'indication d'agir n'en est donc que plus formelle.

TRAITEMENT. — L'intervention doit être chirurgicale, exclusivement chirurgicale.

Certains moyens sont à proscrire : les uns inoffensifs mais inutiles et qui font perdre un temps précieux, tels que la glace, les pulvérisations d'éther, etc ; les autres dangereux, capables même quelquefois de produire des accidents mortels, tels que le sac de plomb, la bande élastique, etc.

Il faut agir vite, savoir et voir ce que l'on fait, afin de ne rien abandonner au hasard. Aussi le traitement de choix de la hernie étranglée est-il l'intervention sanglante : la kélotomie.

TAXIS. — A condition de ne pas considérer le taxis comme une méthode et la kélotomie comme un pis-aller, à condition de regarder le taxis comme un procédé d'exploration, parfois curateur, et d'en préciser soigneusement les indications et le manuel opératoire, il ne faut pas absolument renoncer à ce moyen de traitement.

Ce qu'il faut craindre. — Rappelez-vous que le taxis, surtout appliqué avec force, expose aux fausses réductions, en masse ou partielles, dans le tissu sous-péritonéal ou dans un diverticule intra-abdominal, avec l'agent d'étranglement ou des adhérences qui feront persister l'occlusion, et aux réductions d'un intestin malade, infecté, gangréné ou perforé. Songez à la friabilité de la paroi intestinale déjà malaxée par le patient avant votre arrivée et vous n'agirez qu'avec la plus grande prudence. **N'employez jamais la violence pour réduire l'intestin hernié.** Ne vous dites pas « je vais faire rentrer la hernie », mais « je vais voir si la hernie est irréductible » et encore, que cet examen ne vous empêche point de faire tous les préparatifs nécessaires à la kélotomie.

Chez quels sujets il faut l'employer. — 1° *Chez les enfants.* — Aussitôt la hernie incarcérée, l'enfant se met à pousser des cris, sans trêve, sans interruption. L'entourage, affolé par ce début dramatique, court chercher le médecin, qui, en général, arrive très tôt après l'accident. De plus les anneaux, chez l'enfant, sont assez extensibles. Dans ces cas, donnez un peu de chloroforme. L'anesthésie est nécessaire, car l'enfant ne cesse pas de crier et de pousser son intestin au dehors. Pratiquez un taxis très doux suivant les règles ci-après, la hernie se réduit en général assez facilement.

Mettez un pansement ouaté un peu compressif, assujetti par un spica, pour parer à l'effet des efforts et des cris du réveil.

2° *Chez l'adulte et surtout chez les vieillards.* — Vous tenterez le taxis seulement dans les cas où vous serez appelé dans les premières heures après l'accident. Si le début remonte à plus de douze heures, quelle que soit la bénignité apparente des symptômes, le taxis peut être dangereux et vous ne l'essaierez doucement que lorsque le malade sera rasé, nettoyé, prêt à être opéré.

Comment il faut le pratiquer. — Pour pratiquer le taxis, **anesthésiez le malade**, s'il n'y a pas de contre-indication ; placez-le en décubitus dorsal, en position un peu inversée, c'est-à-dire la tête plus bas que le siège. Placez-vous près du malade, du côté correspondant pour les hernies latérales, à droite pour les hernies médianes.

De la main gauche **fixez l'anneau**, formez avec le pouce et l'index une sorte de filière par où devra passer l'intestin. De la main droite, du bout des doigts, **exercez des pressions légères, près du pédicule**, jamais sur le fond de la hernie. Essayez de faire glisser l'anse supérieure dans l'abdomen, mais non de forcer tout le paquet hernié à rentrer en masse.

Dans les cas heureux vous sentirez un léger gargouillement ; en tous cas, la tension diminuera dans la hernie ; continuez les pressions près du pédicule. Brusquement la résistance cèdera ; la hernie sera réduite. Assurez-vous bien que l'anneau est libre, qu'il n'est plus douloureux.

Continuez à surveiller votre malade de très près, jusqu'à ce que les matières aient repris leur cours normal. Si le patient n'est pas nettement soulagé, si les vomissements continuent, si l'arrêt des matières fécales et des gaz persiste, si la région herniaire reste doulou-

reuse, c'est que vous avez fait une fausse réduction. Hâtez-vous d'invervenir.

D'ailleurs, **si au bout de quelques minutes de taxis vous n'obtenez aucun résultat, n'insistez pas**, et résolument pratiquez la kélotomie.

KÉLOTOMIE. — Quand l'échec du taxis est manifeste, sans délai la kélotomie s'impose.

Soins préparatoires. — Choisissez la pièce la mieux éclairée de la maison, celle où l'on pourra évoluer le plus facilement : faites-la débarrasser de tout ce qui est inutile, meubles, rideaux, tentures, etc., faites un bon feu, de façon à obtenir une température constante de 20 à 25°, car les hernieux n'ont que trop de tendance à se refroidir. Si vous devez opérer la nuit, procurez-vous le plus de lumière possible (lampes, etc.), et stylez votre personnel.

Ayez de l'eau bouillie froide et chaude, beaucoup de compresses (essuie-mains, serviettes, mouchoirs), bouillies au moins deux heures dans de l'eau contenant un peu de carbonate de soude. N'opérez pas sur un lit, vous ne serez pas à l'aise, et votre aide, couché sur le lit, vous aidera mal. Placez votre malade sur une table un peu longue et étroite ou, à défaut, sur une porte montée sur deux tréteaux.

Faut-il donner du chloroforme ? **L'anesthésie générale est contre-indiquée chez les vieillards et chez les malades dont l'étranglement herniaire remonte à plusieurs jours**, et que vous trouvez en imminence de collapsus. L'éther est surtout à rejeter, chez les vieillards, en raison des complications broncho-pneumoniques survenant soit pendant la narcose (aspiration de matières vomies), soit après (bronchites, broncho-pneumonies). D'ailleurs le vieillard, en général, sent moins ou réagit moins, et il nous est arrivé d'opérer sans cocaïne des malades atteints d'étranglement herniaire, sans amener de leur part la moindre plainte, ni la moindre protestation.

Quand vous le pouvez, insensibilisez à la cocaïne et **réservez le chloroforme pour les timorés,** les nerveux, les malades dont l'étranglement date de peu de temps.

I. CAS SIMPLE : **l'intestin n'est ni sphacélé ni perforé.** — Il y aura quelques variantes suivant la variété de la hernie.

A) Hernie inguinale étranglée.—Votre malade est couché, les jambes couvertes de flanelle ou mieux entourées de ouate pour éviter le refroidissement. La région inguino-périnéale a été complètement rasée et désinfectée soigneusement. Entourez votre champ opératoire de compresses bouillies.

1° *Incision*. — Faites une **incision suivant le grand axe de la hernie**, à peu près parallèle à l'arcade crurale, remontant en haut jusqu'au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Ne craignez pas de faire une **longue incision**, car tout à l'heure vous aurez besoin d'y voir; fendez l'aponévrose du grand oblique, **repérez les deux lèvres** avec deux pinces à forcipressure : vous êtes sur le sac, vous avez le pédicule sous les yeux. Séparez le sac de la graisse qui l'entoure, du cordon auquel il adhère.

2° *Ouverture du sac*. — Jusqu'ici vous avez marché rapidement. Vous abordez maintenant l'ouverture du sac. C'est souvent le temps le plus délicat. Procédez avec précaution, par petits coups, votre instrument (bistouri ou ciseaux) dirigé parallèlement à la surface du sac, pour éviter de blesser une anse qui pourrait adhérer au sac. L'enveloppe peut être œdématiée, hémorragique, surtout si l'on a pratiqué un taxis un peu prolongé ; **tant que vous hésitez, c'est que vous n'êtes pas dans le sac.**

A un moment donné, un liquide jaune rougeâtre sort de la plaie, vous êtes dans le sac,... à moins que vous en soyiez dans une bourse séreuse. Assurez-vous-en, une sonde cannelée introduite heurte le cul-de-sac de la bourse séreuse, et s'enfonce vers le pédicule, si vous êtes réellement dans le sac herniaire ; **fendez le sac,** l'intestin ou l'épiploon apparaissent, violacés, tendus. Nettoyez bien cette anse, asséchez la plaie après l'avoir un peu abstergée d'un antiseptique.

3° *Section du collet du sac*. — **Allez vers le pédicule,** si celui-ci n'est pas trop serré insinuez l'index, et, sur lui sectionnez le sac, l'anneau, en débridant largement d'un coup de ciseaux donné en haut et un peu en dehors (pour éviter l'épigastrique). Repérez soigneusement les bords de la section du sac et du péritoine; vous en aurez besoin au moment de la restauration de la paroi.

Si l'étranglement est profond, serré, essayez de glisser votre auriculaire gauche vers le pédicule, de façon à glisser un bistouri boutonné et sectionnez en même temps le collet du sac et l'anneau fibreux.

4° *Toilette de l'intestin*. — L'étranglement est levé. Attirez à vous l'intestin qui doit venir librement. Inspectez les points de striction, l'anse intermédiaire, l'épiploon : voyez s'il n'y a pas de points douteux, d'éraillures de la séreuse, nettoyez l'anse soigneusement, et rentrez-la dans l'abdomen. Elle doit rentrer sans force, sans pression. Assurez-vous que le doigt introduit dans la cavité abdominale y évolue en toute liberté.

5° *Cure radicale*. — Vous n'avez plus qu'à faire maintenant la cure radicale; libérez complètement le sac jusqu'à la graisse sous-péritonéale. Grâce aux pinces que vous avez placées sur la plaie péritonéale, vous voyez nettement la portion de la séreuse à suturer. Suivant l'importance de cette plaie, faites une suture en chaîne, ou même un surjet, fermez la cavité péritonéale. Restaurez le canal inguinal, suturez les piliers

aponévrotiques Placez un drain allant jusqu'au canal inguinal, et suturez la peau.

6° *Pansement.* — Faites un bon pansement ouaté un peu compressif, prenant les deux cuisses. Le simple spica (monocle) bâille rapidement et protège mal la plaie.

7° *Soins consécutifs.* — La malade doit être à une **diète complète** pendant au moins vingt quatre heures, à peine lui donnera-t-on un peu d'eau et de cognac par très petites quantités, plutôt pour humecter la bouche que pour calmer la soif. Les deux jours suivants on donnera un peu de **lait coupé** d'eau de Vichy.

Il n'est pas rare d'observer chez les vieillards, après une intervention bien conduite et une libération soigneuse de l'intestin, la continuation des phénomènes d'obstruction. C'est que chez eux l'intestin se paralyse vite, l'intestin est perméable, mais paralysé. On se trouvera bien dans ces cas **du lavement** avec la canule rectale et, dans certains cas, du lavement électrique, répété plusieurs fois.

B) Hernie crurale étranglée. — La hernie crurale étranglée est généralement de petit volume, « marronée ». De toutes les variétés de hernie, la hernie crurale est celle qui commande l'intervention la plus rapide, car c'est elle qui présente l'anneau le plus étroit et le plus tranchant. La gangrène s'installe très rapidement, et l'on peut voir l'intestin complètement sectionné, moins de trente-six heures après le début des accidents. Pour peu que vous ne voyez le malade que cinq ou six heures après le début de l'étranglement, **n'essayez pas le taxis,** et d'emblée pratiquez la **kélotomie**.

Particularités opératoires — Le sac est souvent épais, graisseux, l'**ouverture du sac doit donc être faite avec prudence,** surtout si l'on se rappelle qu'il existe des hernies adhérentes du cœcum. Le sac ouvert, vous apercevez dans le fond l'intestin déjà noirâtre. Votre doigt introduit dans le sac ne peut arriver jusqu'au pédicule. Reportez le doigt à l'extérieur du sac, en dedans de la tumeur herniaire et coupez le ligament de Gimbernat. Cette manœuvre vous donnera déjà un peu de jeu. Vous pouvez maintenant arriver jusqu'au pédicule. Incisez en haut l'arcade de Fallope, à ciel ouvert, de façon à bien voir ce que vous faites, et à saisir immédiatement avec deux pinces à forcipressure les deux bouts de l'anastomose qui unit l'obturatrice à l'épigastrique, si vous veniez à la sectionner.

L'anneau est largement ouvert. Amenez l'intestin, vérifiez son état, touchez-le avec un peu d'eau bouillie très chaude. essuyez, et rentrez l'anse herniée. Assurez-vous qu'elle rentre librement. Terminez par la cure radicale, ablation du sac et restauration de l'arcade de Fallope, ramenez au devant du canal crural une languette du fascia crebriformis que vous suturez au pectiné. Drainez et pansez comme pour la hernie inguinale.

C) Hernie ombilicale. — La hernie ombilicale a un début généralement plus insidieux. En fait, dans la grande majorité des cas, il s'agit non d'un étranglement vrai au niveau de l'anneau, mais d'une sorte d'occlusion intestinale par bride, adhérence, coudure, pression du mésentère. etc., au milieu de la portion herniée. Donc, au point vue clinique. les phénomènes sont moins dramatiques, sans être cependant moins graves. L'occlusion n'est pas complète d'emblée. le malade rend quelque gaz, la douleur est moins aiguë, la consistance de la hernie ombilicale est plus molle, plus flasque, que dans les autres hernies. Le traitement médical paraît donner quelque résultat. On attend, et pendant que l'on perd un temps précieux, l'empoisonnement stercorémique poursuit son œuvre. Brusquement les symptômes deviennent très graves, on intervient alors, mais souvent trop tard, ce qui explique la classique gravité des hernies ombilicales étranglées.

Un point qu'il importe de bien connaître, c'est que la hernie ombilicale, au moins chez l'adulte, est presque toujours adhérente. adhérences épiploïques, intestinales, brides, etc.. qui forment une série de liens entre la paroi, l'épiploon et les adhérences intestinales. Dans la plupart des cas **le taxis est donc au moins inutile,** et pour peu qu'on y mette de l'insistance, il deviendra rapidement néfaste. Donc, dans la hernie ombilicale étanglée, **intervenez de bonne heure,** même si les accidents ne vous paraissent pas immédiatement menaçants.

D'ailleurs. profitez du répit que vous donne la marche de l'affection pour préparer convenablement votre intervention. Vous aurez à faire une véritable laparotomie, des résections épiploïques, des libérations intestinales. Il faut donc que vous ayez des compresses éponges dont vous soyez sûr. La gravité de l'intervention dépendra en grande partie du soin que vous aurez mis à la préparer.

Incision. — Incisez sur la ligne médiane, en dépassant largement la tumeur, en haut et en bas. Si le centre de la hernie est mince, adhérent, faites une double incision elliptique, plus rapprochée de la base. Vous arrivez sur l'aponévrose doublée du péritoine qui à ce niveau constitue le sac herniaire, disséquez la tumeur jusqu'au pédicule, libérez-la dans tout son pourtour.

Ouverture du sac. — Ceci fait, incisez prudemment le sac, vous rappelant que les adhérences sont presque la règle dans la hernie ombilicale. Introduisez donc votre index gauche dans la hernie, en explorateur, et incisez sur lui. Vous arriverez ainsi à ouvrir le sac dans toute sa longueur. Vous trouverez devant vous une

coiffe épiploïque recouvrant l'intestin, libérez-la complètement jusqu'à l'anneau, fendez l'anneau largement en haut ; si l'épiploon vous gêne, réséquez-le et rentrez le moignon dans la cavité abdominale.

Toilette de l'intestin. — Vous avez maintenant devant vous l'anse intestinale malade. Déroulez l'intestin, sectionnez toutes les brides, toutes les adhérences, libérez complètement l'anse et son méso, et refoulez doucement dans l'abdomen, pendant que l'aide soulève la paroi à l'aide de quelques pinces fixées sur l'aponévrose.

Cure radicale. — Suturez le péritoine, puis le plan aponévrotique, soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens transversal, si vous craignez des éventrations ultérieures, et terminez comme pour les autres hernies (1).

II. Cas compliqués : **l'intestin est ou sphacélé ou perforé.** — L'intestin n'est pas toujours simplement congestionné et susceptible d'être réintégré tel quel dans la cavité abdominale. Pour une cause ou pour une autre, on a perdu un temps précieux ; l'intestin étranglé s'est sphacélé ou perforé ; l'infection aidant, on n'a bientôt plus au niveau du sac qu'un amas puriforme, d'odeur infecte : le phlegmon herniaire. Que faire en présence de pareilles éventualités, qu'une intervention précoce eût sûrement évitées ?

1° Hernie gangrénée, sans perforation. — Lorsqu'on examine l'intestin après le débridement, on constate soit au niveau du point de striction, soit au niveau de l'anse, une plaque dépolie, terne, et dont la coloration passe de la teinte feuille morte au vert bronzé, à mesure que les lésions deviennent plus avancées. L'irrigation à l'eau bouillie chaude, n'amène pas de changement dans la coloration ni dans la vitalité de ce tissu.

Ce sphacèle peut n'occuper qu'une portion restreinte de l'intestin comme il peut intéresser complètement une anse intestinale 50 centimètres et plus.

a) Le sphacèle est circonscrit. — α) Si la **plaque est petite** vous pouvez vous contenter d'**enfouir** la portion malade par quelques points séro-séreux à la Lambert. Point n'est besoin d'instruments spéciaux. La meilleure de toutes les aiguilles pour cet usage, celle qui « coupe » le moins facilement les tissus, est la vulgaire aiguille de couturière que vous aurez pu faire bouillir avec du fil un peu solide, dans une solution de borate de soude.

β) Si la plaque de gangrène est trop étendue pour pratiquer cet enfouissement, sans s'exposer à un rétrécissement trop considérable du calibre intestinal, faites une résection de la paroi sphacélée, et suturez les bords de la plaie, soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens transversal, en ayant soin d'éviter les rétrécissements et les coudures de la lumière du tube digestif et d'adosser soigneusement les plans séreux.

b) Le sphacèle est étendu. — Lorsque l'intestin est sphacélé sur tout son pourtour et sur une longueur de plusieurs centimètres, la résection du segment gangrené s'impose, à moins que l'état de votre malade ne vous permette pas d'aller plus loin ; mais si vous le pouvez, faites la **résection** et l'**entéro-anastomose.**

Commencez par réséquer en V une portion de méso suffisante, placez deux pinces garnies de caoutchouc ou de compresses-éponges pour comprimer les deux segments de l'intestin et les empêcher de se vider dans la plaie, mais sans les écraser ; réséquez la portion sphacélée ; réunissez alors vos deux segments ouverts, en les anastomosant soit à l'aide d'un bouton de Murphy, instrument précieux quand il s'agit de faire vite, soit par une entérorraphie circulaire à trois plans ; suturez les bords de l'épiploon, nettoyez l'anse, désinfectez par quelques attouchements d'une solution de sublimé, séchez et rentrez l'anse intestinale.

Dans l'un et l'autre cas (a et b) laissez l'anse au voisinage de l'ouverture péritonéale que vous ne fermez pas et que vous drainez. C'est une voie de décharge que vous maintenez libre, si une fissure venait à se produire au niveau des sutures intestinales.

2° Hernie gangrénée et perforée. — Le sac ouvert, vous tombez dans une cavité remplie de pus, de matières fécales, de détritus sphacélés, à odeur repoussante. C'est le phlegmon herniaire.

Dans de pareilles conditions, la thérapeutique sera relativement simple. Bornez-vous à former un **anus contre nature**, et à tirer le meilleur parti possible des conditions déplorables dans lesquelles vous vous trouvez, essayez de fixer à la paroi les deux bouts de l'anse adossés en canons de fusil, de façon à ce qu'ils ne rentrent pas dans l'abdomen et assurez-vous que le bout supérieur est libre.

Si vous ne trouvez plus qu'un bout de l'anse, c'est que l'autre extrémité a réintégré la cavité abdominale. Dans ce cas sectionnez largement, faites une laparotomie pour retrouver l'extrémité intestinale qui déverse du pus et des matières fécales dans le péritoine, et l'amener à la peau.

Faites un large pansement absorbant, fréquemment renouvelé. Vous n'aurez d'ailleurs que bien rarement la satisfaction de sauver ces malheureux ; l'infection, l'empoisonnement stercorémique, et la péritonite tuent rapidement, en général, des malades qu'une intervention

(1) N'envisageant ici que le point de vue purement pratique, nous laissons complètement en dehors de cette « consultation » les hernies rares : hernies obturatrices, ischiatiques, lombaires, propéritonéales, etc.

plus précoce et partant plus facile eût très probablement sauvés.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Les malades opérés de hernie étranglée ont besoin, l'opération terminée, de soins attentifs et d'une surveillance minutieuse.

Il ne faut pas oublier que bien souvent une portion de l'intestin, a été sérieusement touchée et qu'une alimentation défectueuse ou un purgatif intempestif peuvent amener des désastres.

On laissera donc le malade à la **diète hydrique** les deux premiers jours, **lait coupé** au troisième jour, puis lait pur pendant 8 à 10 jours ; **on devra surveiller le cœur**, qui, intoxiqué par la stercorémie, faiblit rapidement ; l'abdomen, pour parer par des applications de glace à la première menace de péritonite.

Les vieillards seront particulièrement surveillés, car chez eux les phénomènes graves s'installent insidieusement sans réaction. Chez eux plus que chez d'autres il faut surveiller le pouls et la respiration.

Les résultats de la théreupatique actuelle sont d'ailleurs encourageants et aujourd'hui le médecin arrive le plus souvent à sauver son malade. On peut espérer que **lorsqu'on pratiquera partout l'intervention précoce, la hernie étranglée aura perdu le sinistre renom qu'elle avait autrefois.**

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Atlas de microscopie clinique de l'urine, par le privat-docent Hermann RIEDER, traduction du docteur DE KEYSER, préface du docteur BAYET, Bruxelles, *Manceaux*, 1903.

Depuis l'atlas de PREYER, aucune publication n'avait entrepris de reproduire par l'image l'examen des sédiments de l'urine et de faire le diagnostic de certaines maladies par cet examen. Un assistant du professeur VON ZIEMOSEN a tenté ce travail ; et il peut dire sans aucune exagération que tout élément de quelque importance rencontré dans le sédiment urinaire a été représenté. Un texte accompagne les dessins, dans lequel sont données les notions nécessaires sur les propriétés des sédiments, les conditions de leur rencontre, leur signification et leur importance pathologique. Sédiments non organisés (cristallins et amorphes), sédiments organisés, caractères du sédiment urinaire à l'état normal et à l'état pathologique, impuretés accidentelles du sédiment urinaire, telles sont les rubriques sous lesquelles est étudié sous le microscope tout ce qui intéresse l'urologiste.

Nombreux sont ceux pour qui cet atlas sera secourable dans certains diagnostics ; bien plus nombreux encore ceux qui lui devront leur initiation à la microscopie clinique de l'urine. Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une histoire de falsification

Il y a quelques mois, le laboratoire municipal obtint que le parquet poursuivît un prétendu fabricant de conserves de gibier, dont l'usine occupait à Belleville un vaste terrain. Lesdites conserves de gibier qui portaient les noms alléchants et divers de conserves de chevreuil, de bécasse, de lièvre, de mauviettes, etc., n'étaient uniformément composées que de simple viande de cheval. Cette viande de cheval se transformait en gibier, soit qu'on l'arrosât avec de la canelle ou d'autres aromates, soit qu'on la laissât faisander.

A l'audience, le fabricant ne nia pas le truc, mais prétendit qu'il prévenait ses clients de la véritable provenance de la viande, au moyen de deux petites lettres, C. H., imprimées en creux sur la boîte. C et H, cela voulait dire, d'après lui : viande de cheval. Et il montra aux juges de nombreuses lettres vantant l'excellence de ses produits.

Des personnes fort honorables vinrent même attester qu'elles n'avaient jamais mangé de si bonnes conserves. Le président eut beau leur expliquer qu'on les trompait, qu'on leur faisait manger du cheval pour de la bécasse, les témoins déclarèrent qu'ils seraient navrés de voir cesser la fabrication de produits si parfaits.

D'où il faut conclure qu'en matière de falsifications, le public est de l'avis de la femme de Sganarelle : « Et s'il me plaît à moi d'être trompée ! »

(Médecine moderne).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un concours pour la nomination à **deux places d'interne en Médecine** à l'Asile d'Aliénées de Clermont (Oise), sera ouvert à neuf heures précises, à l'Asile de Clermont, le jeudi 9 juillet 1903. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile de Clermont, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures du soir, avant le 1er juillet 1903.

Pourront prendre part au concours tous les étudiants en médecine ayant moins de 30 ans révolus le jour de l'ouverture du concours. Ils devront remplir les conditions suivantes : 1° Être Français et avoir satisfait à la loi de recrutement (acte de naissance, livret militaire) ; 2° Avoir seize inscriptions (certificat de la Faculté) ; 3° Produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

N.-B. — Si le nombre des candidats le permet, le troisième et le quatrième pourront être désignés dans l'ordre du classement, pour être titularisés en cas de vacances ultérieures.

Le concours portera sur les matières suivantes :

1° Epreuve d'admissibilité. — Epreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie, 2° Epreuve définitive. — Epreuve orale de quinze minutes de réflexion sur la pathologie interne, la pathologie externe et la petite chirurgie.

Le maximum des points à accorder pour chaque est : Pour l'épreuve écrite : 30 points ; Pour l'épreuve orale : 20 points.

Avantages attachés à la fonction : Les internes recevront la nourriture, le chauffage, l'éclairage, le blanchissage et un traitement annuel de 800 fr.

La durée de l'internat est de trois ans.

Les externes pourront passer leurs thèses dans cet intervalle sans être obligés de renoncer à leurs fonctions.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de Thèses

M. E.-F.-A. Leleux, de La Bassée (Nord) a soutenu avec succès, le lundi 4 mai 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 130), intitulée : **Etude du sarcome de la langue (diagnostic, pronostic et traitement).**

M. H.-A.-A.-J. Lefebvre, de Fruges (Pas-de-Calais) a soutenu avec succès, le samedi 9 mai 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 131), intitulée : **Etude sur la valeur thérapeutique du cacodylate de soude dans le traitement des phosphaturies.**

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été promus *Officier :* M. le docteur Mercier, médecin principal à l'hôpital militaire de Marseille ; Malinas, directeur du service de santé de la Tunisie ; Bruck, directeur de l'école de medecine d'Alger. — Ont été nommés *Chevaliers :* MM. les docteurs Rioblanc, médecin-major de 1re classe ; Drely, Krauss et Friant, médecins-majors de 2me classe ; Livron, médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Officier d'Académie. — Ont été nommés *Officiers d'Académie :* MM. les docteurs Sepet, Troussaint, André, Gros, de Marseille.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Nepveu, professeur à l'école de médecine de Marseille ; La Bonnardière, professeur d'hygiène à la faculté française de médecine de Beyrouth ; Garry, de Saint-Laurent-Médoc (Gironde) ; Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris.

Alfred Martin, préparateur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

18e Semaine, du 26 au 2 Mai 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	2
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	»	2
20 à 40 ans	9	2
40 à 60 ans	11	8
60 à 80 ans	9	9
80 ans et au-dessus	4	5
Total	58	35

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	10	22	22	8	5	5	7	9	2	3	98
TOTAL des DÉCÈS	3	12	10	14	5	17	11	5	12	4	»	93
Autres causes de décès	2	6	2	7	4	5	4	1	4	»	»	35
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	2
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Phthisie pulmonaire	1	1	1	2	1	1	4	1	2	1	»	15
Diarrhée et entérite plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite moins de 2 ans	»	1	1	2	»	1	»	»	1	1	»	7
Maladies organiques du cœur	»	1	2	»	»	2	»	»	1	1	»	7
Bronchite et pneumonie	»	2	2	»	»	4	2	3	1	»	»	14
Apoplexie cérébrale	»	»	»	1	»	3	1	»	»	1	»	6
Autres	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. -- Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 331. Septième Année. N° 20 — Le Numéro : **10** centimes — 17 Mai 1903.

L'ECHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les injections préventives de sérum antidiphtérique

Nouvel example très probant de la nécessité de les pratiquer dans les familles où sévit la maladie

par le Dr **E. Ausset,**

professeur agrégé, chargé du cours à la Faculté de medecine de Lille.

Au mois de mars 1901, MM. GUINON et MATHÉ communiquaient à la Société de Pédiâtrie de Paris la relation d'une épidémie de diphtérie survenue en novembre 1900 à la Salpêtrière dans le service de M. J. VOISIN. Cette épidémie prit dès le début des allures graves. Grâce à des inoculations préventives de sérum antidiphtérique, MM. GUINON et MATHÉ enrayèrent immédiatement cette épidémie : 165 enfants étaient, là, agglomérés ; 12 furent atteints avant les inoculations préventives, et ce furent 12 cas graves ; après ces inoculations on n'observa que 4 cas sur les 153 enfants qui restaient, cas très bénins, et encore deux de ces derniers étaient déjà certainement en incubation quand ils furent inoculés.

A la suite de cette communication, divers auteurs vinrent apporter le résultat de leur expérience journalière : M. VILLEMIN, ayant vu dans une salle de chirurgie se produire 4 cas de diphtérie presque simultanés sur 32 enfants, fit inoculer les vingt-huit autres, pas un ne fut pris dans la suite.

Au mois de mai suivant, M. NETTER fit une remarquable étude de la question et démontra, à l'aide de ses observations et de celles qu'il put recueillir dans la littérature de tous les pays, que les injections préventives de sérum antidiphtérique constituent un moyen prophylactique des plus efficaces, donnant une immunité de trois à quatre semaines, rendant bénins les cas qui se produisent malgré elles. M. NETTER conseille d'y recourir dans les écoles, les crèches, les hôpitaux, les familles.

Le 11 juin 1901, je rapportai à la même Société deux faits très intéressants et très probants au point de vue de la nécessité qu'il y a à pratiquer dans les familles contaminées des injections préventives de sérum antidiphtérique.

Le 16 juin 1901, un de nos plus distingués confrères de la région du Nord, M. le docteur DELBECQ, de Gravelines, publiait dans l'*Echo médical du Nord* la « Relation d'une épidémie de diphtérie aux Huttes de Gravelines » dans laquelle il put, grâce aux injections

préventives, enrayer les progrès rapides du mal. La pratique, dans ce cas, de M. Delbecq lui fait le plus grand honneur et il n'est pas douteux que, dans l'espèce, il a sauvé la vie à un grand nombre de ses petits concitoyens.

Au mois de février 1902, M. le docteur Richardière, médecin de l'hôpital des Enfants malades, rapportait à la Société de Pédiâtrie que, depuis qu'il pratique à tous les enfants entrant au pavillon des rougeoleux des injections préventives antidiphtériques, la diphtérie a disparu de ce pavillon ; et le contraste ici est bien frappant puisque, dans les cinq premiers mois de l'année 1901, 30 enfants entrés pour rougeole furent atteints de diphtérie, dont 15 décédèrent, tandis que pendant les 7 autres mois de cette année, alors qu'on fit des injections préventives, pas un seul cas de diphtérie ne se montra.

M. Netter répondit à M. Richardière par une nouvelle communication des plus intéressantes où il démontra encore l'efficacité de ces injections préventives dans les pavillons de rougeoleux et de scarlatineux.

M. Sevestre, à son tour, ajouta : « Dans mon service de la rougeole je n'avais observé jusqu'ici que des cas isolés de diphtérie et n'avais pas fait d'injections préventives. Il y a quinze jours, quatre diphtéries ayant apparu à la fois, j'ai inoculé tous les enfants ; aucun nouveau cas ne s'est produit depuis lors ».

On le voit, les auteurs semblent tous d'accord pour préconiser les injections préventives de sérum lorsque la diphtérie fait son apparition dans une famille, dans une école, dans un hôpital, en un mot dans toute agglomération.

Voici un nouveau fait des plus probants qui vient encore justifier l'adoption de cette pratique que l'on ne saurait trop répandre :

Le 1er février 1903 j'étais appelé auprès d'un enfant de 29 mois, G.... Philippe, atteint depuis la veille au soir d'un violent mal de gorge avec fièvre. Ce matin-là je trouvai une température de 38°6, un engorgement ganglionnaire très marqué, bilatéral, portant sur les ganglions rétro-maxillaires, un écoulement purulent, sanieux, assez abondant, par le nez. A l'examen de la gorge, je notai que les amygdales rouges et tuméfiées étaient recouvertes d'un enduit grisâtre, sale, empiétant très légèrement sur la luette du côté gauche.

Je revins une heure après, fis un ensemencement d'une parcelle de l'exsudat, et injectai, même avant d'avoir le résultat de ma culture, 20 cent. cubes de sérum de Roux. En même temps je prescrivis des lavages de la bouche à la liqueur de Labarraque en solution à 50 p. 1000 et des instillations, dans le nez, d'une solution d'huile mentholée à 1 p. 100.

Le lendemain, ma culture m'avait donné des colonies microbiennes où il fut facile de déceler le bacille de Lœffler, en amas enchevêtrés, formes longues et moyennes.

Dans la maison, il y avait le père, la mère, le frère de la mère, et une fillette de trois mois, nourrie au sein par sa mère ; en outre, deux domestiques. Je montrai à la famille tout le danger de la contagion et je priai instamment que l'on voulût bien me laisser faire des injections préventives de sérum à tout le monde. On accepta sans difficulté pour la fillette nourrie au sein. Je lui injectai dès le 2 février au matin 5 centimètres cubes de sérum. Mais les autres membres de la famille hésitèrent, malgré mes objurgations. Ils cédèrent cependant à mes nouvelles instances, sauf la mère qui avait peur que le sérum fît du tort à son lait. J'injectai 5 cent. cubes de sérum de Roux au père, au frère de la mère et aux deux domestiques.

La maladie du petit garçon évolua normalement, et la guérison était complète le 5 février

Mais dès le 6 février la mère, non inoculée préventivement, commençait à souffrir de la gorge et de petits points blanchâtres d'amygdalite lacunaire étaient très visibles ; il y avait de la fièvre, 38°9 dans l'aisselle. Je fis, avant tout examen, une injection de sérum de 20 cent. cubes, à cause de la diphtérie antérieure du petit garçon. Le lendemain la culture que j'avais faite me montrait qu'il s'agissait bien en effet de diphtérie. Cette diphtérie fut bénigne et guérit très vite. Mais il n'en est pas moins vrai que cette mère était bénévolement restée exposée à la contagion et qu'elle avait contracté le mal parce qu'elle n'avait pas voulu se soumettre aux injections préventives. J'ai bien le droit, il me semble, de dire que si elle s'était laissé inoculer préventivement elle serait restée indemne, car toutes les autres personnes inoculées, y compris la fillette allaitée par sa mère, restèrent saines et sauves.

Ce cas vaut une expérience de laboratoire. Il me semble donc qu'on doit absolument adopter la pratique des injections préventives. On se souviendra que ces injections préventives donnent une immunité de trois à quatre semaines. Au bout de ce laps de temps si les sujets restaient encore exposés à la contagion, il faudrait renouveler l'injection.

Les doses à injecter ne doivent pas être très élevées ; 5 cent. cubes suffisent amplement pour obtenir l'effet préservatif recherché.

Septicémie gangréneuse non gazeuse produite par le vibrion septique

Par le docteur **R. Le Fort**, chef de clinique chirurgicale.

L'affection connue sous le nom de septicémie gangréneuse ou suraiguë, d'emphysème traumatique ou gangré-

neux, de gangrène gazeuse, galopante, foudroyante, d'érysipèle bronzé, de pneumohémie putride, etc., est généralement attribuée au vibrion septique, depuis les travaux de CHAUVEAU et ARLOING (1). Mais, si nous connaissons parfaitement la septicémie gangréneuse dont tous les chirurgiens anciens, depuis HIPPOCRATE et FABRICE DE HILDEN, nous ont laissé de saisissantes descriptions, nous ne connaissons que très imparfaitement la maladie qui résulte de l'infection de l'économie par le vibrion septique, et cela pour une raison très simple :

La septicémie gangréneuse ne répond pas à l'infection de l'économie par le seul vibrion septique, au moins dans l'immense majorité des cas ; elle est un mode de réaction particulière de nos tissus à un groupe assez complexe d'infections diverses. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir la thèse de LEGROS (2), qui passe en revue la série des microbes anaérobies et même aérobies, capables de déterminer la gangrène gazeuse ; on y verra que le vibrion septique est assez rarement en cause. CORNER et DOUGLAS-SINGER (3) nous disent même que le vibrion septique n'aurait vraiment été isolé chez l'homme que par CHAUVEAU et ARLOING, ROSENBACH et les autres auteurs ne l'ayant pas cultivé et leurs faits devant être considérés comme douteux.

D'autre part, les auteurs qui ont réellement trouvé ou cru trouver le vibrion septique dans les tissus, l'ont presque toujours vu associé à d'autres germes, tels GÉRARD-MARCHAND (4), qui l'a rencontré en compagnie du streptocoque, et RICARD (5) écrit : « Dans tous les cas de septicémie gazeuse où l'examen bactériologique a été fait (sauf un cas de FRÄNKEL chez un cholérique) on a trouvé le bacille associé à des streptocoques ou staphylocoques. »

Si nous faisons observer que tous les cas dans lesquels l'examen bactériologique a été fait, relèvent de la période antiseptique, on conviendra sans peine que les associations microbiennes devaient être la règle dans les faits anciens qui ont servi de base aux descriptions classiques.

L'inoculation des cultures de vibrion septique aux animaux donne des résultats absolument différents, suivant les espèces animales et ne permet pas de tirer des déductions applicables à l'espèce humaine.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'infection par le seul vibrion septique ; on verra qu'il présente des particularités intéressantes :

OBSERVATION. — Dans la nuit du 13 au 14 mars 1902, on amenait dans le service de M. le professeur FOLET à l'hôpital Saint-Sauveur, le sieur B..., âgé de 27 ans, demeurant à La Madeleine, surpris à 11 heures 1/2 du soir par un train en marche à quelques kilomètres de la gare.

Notre excellent confrère, M. le docteur MASSON, de Marcq, accompagna le blessé depuis le lieu de l'accident, d'abord en chemin de fer jusqu'à la gare de Lille, puis en voiture, avec notre ami M. le Dr COLLE, jusqu'à l'hôpital. Appelé en toute hâte, je vois le blessé à une heure et demie du matin. Il a cet aspect de tous les grands blessés qui ont perdu une abondante quantité de sang. La jambe gauche a été entièrement écrasée, la peau, parcourue de longues et profondes fissures, forme un sac rempli de fragments d'os et de bouillie musculaire. Le pied est intact, le genou sain, le traumatisme remonte à peu près à un travers de main au-dessous du genou. L'intervention ne saurait être discutée. Il faut à grands coups de ciseaux couper la peau et 2 ou 3 faisceaux nerveux et aponévrotiques et embaumer le membre suivant les préceptes de RECLUS. Le même accident s'est présenté le matin, la même conduite a été tenue, avec succès du reste. Je recommence donc ici les mêmes manœuvres, brossage, savonnage, irrigation, bains chauds de permanganate, application de pommade polyantiseptique, et après avoir seulement détaché une grosse esquille formée par l'extrémité supérieure du péroné mobilisée entièrement, j'applique un gros pansement ouaté. Le blessé a été agité pendant le chloroforme, contrairement aux autres grands traumatisés qui, le plus souvent, quoi qu'on en dise, dorment vite et bien. Dès avant le réveil, sérum à haute dose.

Le samedi 14 mars, à 10 heures du matin, l'état général du blessé n'est pas mauvais, mais la douleur est très vive. Le malheureux se plaint d'être trop serré ; il insiste et nous prie de desserrer son pansement et nous ne parvenons pas à lui faire comprendre qu'il n'y a là aucune constriction anormale, et que nous ne pourrions que lui nuire en modifiant l'appareil. — Le soir, température 38°2.

Le dimanche, température matin 38°7, température soir 38°8, l'état général paraît s'améliorer.

Le lundi, le blessé ne se plaint plus, il est soulagé ; l'atroce sensation de constriction a cédé, la température est élevée, 39°3, il faut refaire le pansement.

Les bandes enlevées, la plaie, mise à l'air a un aspect un peu pâle et gris ; il s'en dégage une odeur fade. Pourtant il n'y a pas de suppuration, pas de rougeur de la peau ; on replace un nouveau pansement, bourrant encore toute la plaie de pommade polyantiseptique.

Le jour suivant, sans que l'état général soit particulièrement mauvais, la température est à 40°. En regardant le membre, on est étonné de voir, au-dessus du pansement et ne le dépassant guère que d'un travers de doigt, une large bordure violet lilas sale, couleur ecchymose fraîche, à bords nets et non surélevés, légèrement festonnés, et faisant à peu près le tour de la cuisse. En outre, les veines se dessinent sous la peau, marquées d'une teinte plus sombre et formant entre elles un réseau à très larges mailles, mais peu accusé, jusqu'en haut de la cuisse.

L'idée de septicémie gangréneuse se présente à l'esprit de suite, mais on est frappé de l'absence de tout emphysème de la région, de toute crépitation à la pression. Immédiatement le contour de la teinte ecchymotique est dessiné à l'encre, et, deux heures plus tard, la visite et la besogne aseptique terminées, on constate que la ligne sinueuse, limite du bon et du mauvais, est remontée de deux centimètres environ. En même temps, une très légère rougeur diffuse est apparue et s'étend à quelques centimètres au-dessus du liseré, surtout en dedans. Il y a des phlyctènes sur la plaque de gangrène. Il n'y a évidemment qu'une conduite à suivre, c'est l'amputation de cuisse, haut et vite faite, que M. le professeur FOLET

(1) CHAUVEAU et ARLOING, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1884.
(2) LEGROS : Thèse de Paris, 1902.
(3) CORNER et DOUGLAS-SINGER : The Lancet, 17 novembre 1900.
(4) GÉRARD-MARCHAND : *Congrès français de Chirurgie*, 1892.
(5) RICARD : *in Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet.

pratique immédiatement sans réunir la plaie autrement que par trois ou quatre crins de Florence rapprochant les angles. On injecte du sérum au blessé, et on le reporte dans son lit.

Avant même que l'opération soit terminée, et dès que le membre est abattu, M. Gontier de la Roche s'en empare et commence des expériences dont nous donnons plus loin le résultat.

A quatre heures je revois le blessé, il est dans un état général parfait, il a fumé une cigarette, le pouls est calme, la température est à 37°.

Les hasards de la chirurgie d'urgence me ramènent à l'hôpital à 7 heures du soir pour une hernie étranglée. L'état est toujours le même ; pourtant, B... se plaint d'élancements dans la cuisse et la jambe du côté droit, auxquels j'attache, il est vrai, peu d'importance, les attribuant aux piqûres de sérum.

Le mercredi, en arrivant à l'hôpital, j'apprends que le blessé est mort. Son état s'est maintenu bon jusqu'à minuit, puis B... est devenu brusquement surexcité, et à quatre heures du matin, il succombait dans l'agitation.

Que s'est-il passé ? Les nécessités de la chirurgie contemporaine nous interdisent de faire, dans un intérêt de théorie pure, les autopsies de malades aussi dangereusement infectés, et nous n'avons pas eu la solution du problème.

M. Gontier de la Roche a recueilli la sérosité des phlyctènes à la limite de la gangrène, et aussi celle du tissu cellulaire sous-cutané. Il a bien voulu nous remettre la note suivante :

L'examen sur lame montre en grand nombre et à l'état pur un bâtonnet qui se colore bien par les couleurs d'aniline, prend le Gram ; ce bâtonnet s'organise parfois en filaments composés d'articles inégaux.

Il y a très peu de leucocytes dans ces exsudats.

L'injection, sous la peau de la cuisse d'un cobaye de 450 grammes environ, d'un tiers de centimètre cube de cette sérosité amène la mort de l'animal en 20 heures ; quelques convulsions avant la mort.

A l'autopsie : escarre assez étendue au point d'inoculation de la peau, qui présente tout autour une coloration livide, analogue à celle de la peau du membre gangrené chez le malade.

Œdème limité de la cuisse, le tissu cellulaire laisse exsuder une sérosité rosée peu abondante.

Cette sérosité contient à l'état pur le même bâtonnet décrit précédemment.

Tous les muscles présentent une teinte lie de vin spéciale et sont très friables.

Pas d'exsudat péritonéal, foie et rate de volume et coloration normaux. Poumons décolorés, cœur normal.

Pas de gaz en aucun point, pas d'odeur spéciale. Le sang ne contient pas de bâtonnets, du moins à l'examen direct sur lame.

Néanmoins quelques gouttes de ce sang sont portées en culture anaérobie dans un tube de Vignal, la gélatine étant assez chaude.

Après trois jours, apparition çà et là de colonies en petites sphères nuageuses, puis formation de gaz qui fissurent la gélatine, formant des bulles en lentilles biconvexes assez nettes.

Ces colonies liquéfient la gélatine.

L'examen sur lame les montre composées des mêmes bâtonnets, sporulés ici et prenant des formes de vibrions.

L'injection par une plaie au tégument abdominal de quelques gouttes de la gélatine liquéfiée à un cobaye amène la mort en seize heures avec des lésions semblables à celles que nous avons relevées plus haut.

L'examen sur lame, la culture, l'inoculation, nous font diagnostiquer gangrène foudroyante due au vibrion septique.

Différents faits sont à relever dans cette observation.

1° L'absence du gaz à tout moment de l'évolution de l'affection. Ce fait nous a paru étrange. Nous avions toujours pensé que l'extrême rapidité de la diffusion de la septicémie gangréneuse tenait à ce développement gazeux, poussant devant lui la sérosité infectée dans le tissu cellulaire ; il n'en est rien, puisqu'ici l'infection faisait au moins du 10 à l'heure (des millimètres) sans trace de gaz, même à la coupe des tissus. Le cobaye non plus n'en faisait pas, après inoculation. Il est vrai que Chauveau et Arloing faisaient déjà remarquer que l'infiltration gazeuse peut manquer sur les petits animaux quand ils succombent à l'inoculation d'une forte dose de virus, mais cette absence d'emphysème chez l'homme est un caractère vraiment bien singulier.

2° La coloration très particulière de la peau, retrouvée expérimentalement chez le cobaye, est un caractère bien remarquable encore.

Etant donné la pénurie de faits de même ordre, on serait tenté de se demander si ce n'est pas vraiment cette forme spéciale de gangrène que produit l'inoculation à l'homme du seul vibrion septique, mais il semble plutôt que nous avons eu affaire à une variété particulière de ce microbe ; et il n'est pas impossible d'admettre que ce vibrion, qui seul a pu se développer au niveau de la plaie après la désinfection prolongée, ait subi les atteintes des manœuvres antiseptiques et n'ait perdu, au contact des agents physiques et chimiques, une partie de ses propriétés, ou ne les ait vues se modifier. Est-ce que l'érysipèle observé actuellement en chirurgie ne diffère pas notablement de celui d'il y a trente ou même vingt ans ?

Consultations Médico-Chirurgicales

Anomalies de direction des dents

Docteur Caumartin.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Très fréquemment les dents définitives se rangent irrégulièrement sur l'arc maxillaire. Le maxillaire lui-même, d'autre part, peut subir des modifications de forme : le prognathisme de l'une ou l'autre mâchoire par exemple, l'étroitesse des mâchoires des adénoïdiens, où les dents

ne trouvent pas place et où les incisives sont projetées en avant.

Toutes les anomalies dentaires ne sont pas susceptibles d'être corrigées par le traitement. De celles qu'on doit traiter, les anomalies de direction sont les plus intéressantes. *a)* L'anomalie par *antéversion* consiste en la projection d'une ou plusieurs dents en dehors de l'arcade : c'est souvent le cas des incisives supérieures ; la canine, qui pousse la dernière, ne trouve pas toujours assez de place et reste en dehors de l'arcade. *b*) L'anomalie par *rétroversion* est constituée par la projection en arrière de l'arcade ; anomalie fréquente également pour les incisives supérieures. *c*) L'anomalie par *latéro-version* est l'inclinaison latérale dans la ligne de l'arcade maxillaire. *d*) L'anomalie par *rotation sur l'axe* : quelquefois très accentuée et combinée avec la latéro-version pour les incisives médianes supérieures, est très fréquente, mais en général peu marquée et négligeable pour les incisives inférieures.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES ET CLINIQUES. — Quoique l'hérédité ait son importance dans la production des anomalies dentaires, l'état local du maxillaire ou des dents voisines est bien plus à considérer.

Si la dent définitive fait son éruption avant que la dent temporaire correspondante soit tombée, elle se place nécessairement à côté au lieu de se substituer à elle. Les dents de lait conservant aux dents permanentes leur place sur le maxillaire, si on enlève une dent de lait avant l'époque de son remplacement, les dents voisines en faisant leur éruption empiètent sur cet espace ; quand la dent fait son apparition, la place est prise, elle reste en dehors ou en dedans de l'arcade. La périostite et la nécrose alvéolaire consécutives à la carie des dents de lait sont également une cause de déviation des dents définitives. De même, l'habitude que prennent certains enfants de se sucer le pouce ou l'index : dans le premier cas ce sont les deux incisives centrales supérieures qui sont projetées en avant; dans le second, ces incisives peuvent être en rétroversion, et au contraire celles du bas en antéversion. Enfin parmi les principales causes il faut retenir l'étroitesse du maxillaire : il n'y a pas, sur l'arc maxillaire assez de place pour toutes les dents, il faut bien qu'elles poussent en dedans ou en dehors. L'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes, l'obstruction nasale, de quelque origine qu'elle soit, donnent au maxillaire une arcade en forme de V, à sommet antérieur, arcade trop étroite pour contenir toutes les dents.

Il est très important, au point de vue hygiénique, pour ne point parler du point de vue esthétique, d'obtenir chez les enfants un arrangement régulier des dents. Les dents irrégulières sont serrées les unes contre les autres, forment des anfractuosités où séjournent facilement des débris alimentaires, où s'accumule du tartre, conditions très favorables à la carie. En outre, ces irrégularités modifient l'articulation, c'est-à-dire les rapports des dents des deux mâchoires entre elles ; la mastication peut être de ce fait très gênée. D'où les indications cliniques d'intervenir.

TRAITEMENT. — Le traitement peut être préventif ; il doit être curatif.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — On peut, d'une façon générale, éviter les anomalies importantes en surveillant avec soin les dents des enfants.

Il faut, autant que possible, **conserver les dents de lait jusqu'au moment de l'éruption des dents définitives correspondantes**. Conseillez aux parents de soigner les dents de lait au même titre que les dents permanentes. En principe, on ne doit enlever les dents de lait que dans les cas de périostite. D'autre part, il faut avoir la précaution d'enlever une dent de lait dès que la dent définitive correspondante fait son apparition.

On supprimera l'habitude qu'ont souvent les enfants de se mettre le doigt dans la bouche.

On soignera sans retard les végétations adénoïdes, les amygdales hypertrophiées, l'obstruction nasale, pour éviter l'atrésie des maxillaires.

TRAITEMENT CURATIF. — Quand l'anomalie est réalisée, il est un moment et des moyens d'y remédier qu'il faut recommander.

Age favorable. — Evidemment c'est pendant le jeune âge, de 8 à 15 ans, qu'on a le plus de chance de réussir : le tissu alvéolaire se résorbe et se reforme rapidement, et les dents, en période d'éruption, se déplacent facilement soit seules, soit sous l'influence des appareils.

Moyens employés. — Ces moyens peuvent consister soit en appareils de redressement, soit en extractions.

A. *Extractions.* — Une dent déviée ne peut rentrer dans le rang que s'il y a place pour elle. La première indication est donc de lui **faire de la place**. Il faut, pour cela, ou bien élargir l'arcade maxillaire si elle trop étroite, ou bien extraire une ou plusieurs dents. Il faut savoir que les dents ont une tendance naturelle à se porter vers l'espace qui leur est destiné, si cet espace est libre. C'est ainsi qu'il suffira très souvent de supprimer la première prémolaire de chaque côté pour faire rentrer des canines saillantes ou des incisives en antéversion.

B. — *Appareils.* — Pour appliquer les appareils, on devra donc attendre plusieurs mois après les extractions ; car, **il en faut pas employer les appareils de redressement qu'après avoir épuisé l'action physiologique**.

Il est des cas cependant où il faut recourir d'emblée

aux appareils; c'est quand il existe un obstacle à la mobilisation naturelle des dents. Les incisives supérieurs en rétroversion par exemple, ne reviendront jamais spontanément dans le rang; car elles en seront toujours empêchées par les incisives du bas, derrière lesquelles elles passent. Dans les cas de ce genre, il faut supprimer l'obstacle en rehaussant l'articulation et en poussant les dents à l'aide d'un appareil.

Ces appareils sont destinés à former des points d'appui pour les forces de pression ou de traction qu'on veut faire agir sur les dents à mobiliser. Il faut donc qu'ils soient solidement fixés dans la bouche et **pour obtenir cette fixité il est utile d'attendre l'éruption des grosses molaires**, au moins des premières.

Ces appareils peuvent être combinés de différentes façons et varient avec chaque cas particulier; mais le principe reste toujours le même et le schéma est toujours à peu près le suivant: Sur le palais, une plaque en caoutchouc ou en métal, sur laquelle on peut adapter des crochets. Un fil d'or passe en avant de l'arcade dentaire et va s'unir sur les côtés à la plaque palatine. On peut alors adapter sur cette plaque ou sur le fil extérieur des chevilles de bois, des coins de caoutchouc, des ressorts, des vis, des anneaux élastiques qui poussent ou tirent les dents vers la direction que l'on désire.

La construction et la combinaison de ces appareils constituent une branche importante de l'art dentaire.

Le médecin n'aura pas, en général, à les construire et à les placer; mais ce qu'il peut faire, c'est donner un conseil utile sur la possibilité, l'opportunité, le moment favorable d'un redressement; c'est faire des extractions judicieuses pour permettre l'arrangement des dents. Il évitera ainsi très souvent des irrégularités très marquées et le port trop prolongé des appareils.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les Collèges à la campagne

La plupart des collèges anglais sont à la campagne. L'éducation physique y est donnée avec autant de soin que l'éducation intellectuelle et morale. Dans ces maisons en pleins champs, entourées d'arbres et de jardins, l'enfant retrouve la vie de famille. Le contraste est grand avec les maisons où sont élevés les jeunes Français de la classe moyenne. Nos lycées sont à la ville et la plupart ont l'aspect de casernes ou de prisons.

Ce grand souci de l'éducation physique de la jeunesse passe pour un des éléments de la supériorité de la race anglo-saxonne. Ne serait-il pas temps de nous décider à suivre l'exemple de nos voisins?

M. Demolins a pris l'initiative de cette réforme de notre enseignement secondaire. Il a donné le précepte et l'exemple. Il a écrit un livre excellent: *l'Education nouvelle* et il a fondé un collège à la campagne, l'Ecole des Roches. Peu de temps après, M. Duhamel créait à Clères, près de Rouen, le collège de Normandie, également sur le modèle des collèges anglais. M. Duhamel a écrit, lui aussi, un fort bon livre: *Comment élever nos fils?* Les deux ouvrages de M. Demolins et de M. Duhamel se complètent; ils donnent une juste idée de ce que désormais doit être l'éducation. Trois autres collèges ont été fondés à la campagne, dans des conditions analogues: celui de Liancourt, près de Paris; celui de l'Esterel, près de Cannes; enfin celui de Boisfranc, près de Villefranche, dans notre région lyonnaise.

Nous sommes, nous médecins, très intéressés à cette réforme. Hygiène scolaire, éducation des enfants et des jeunes gens, amélioration de notre espèce, autant de questions qui sont vraiment de la compétence du médecin. De nos jours, le rôle social du médecin s'étend et se précise; il serait temps de l'y préparer mieux. Le médecin est un coopérateur indispensable dans l'œuvre de l'éducation. Il ne s'agit pas seulement de soigner le collégien malade. Il s'agit aussi de surveiller, de diriger son développement physique et même intellectuel. Le médecin apprend la physiologie, et il l'apprendra de plus en plus. Il connait la structure délicate du cerveau; il en connait aussi les principales fonctions et le développement lent et graduel. Aussi peut-il, en mainte occasion, donner des avertissements salutaires aux maîtres chargés de l'éducation intellectuelle.

Il faut à la jeune plante humaine de l'air pur, de la lumière, de l'espace. Les débuts de la vie ont besoin de soleil. Certes, l'hygiène des villes a fait de grands progrès. Mais nous sommes encore loin de cet idéal de la cité future dont M. Vandervelde vient de nous tracer l'image. D'ailleurs beaucoup de villes sont dans un climat insalubre. Lyon est enveloppé de brouillards pendant l'automne et l'hiver. Même à la fin de février, nos lycéens lyonnais travaillent jusqu'à midi à la lumière du gaz. Longtemps encore la vie urbaine sera dangereuse aux deux extrémités de la vie, l'enfance et la vieillesse.

On a dit justement que le développement de l'enfant n'est que la récapitulation rapide de la longue et lente évolution de l'humanité à travers les âges. Or, l'humanité a vécu d'abord dans les vastes espaces. La vie urbaine fut un produit de la civilisation commençante. Sans doute, nous ne supprimerons pas la vie urbaine. Mais nous devons préparer nos enfants à la supporter avec le moins de dommage possible pour eux et pour la race elle-même. Le moyen d'atteindre ce double but est une forte éducation du corps et de l'esprit dans le salutaire milieu de la pleine campagne. L'adulte est retenu à la ville par ses devoirs professionnels; mais l'enfant, l'enfant que dès huit à neuf ans nous enfermons dans un lycée, n'est-ce pas la routine et le préjugé, bien plus que la nécessité, qui le retiennent à la ville?

Avec quelle force les faits bien observés plaident la cause

de l'éducation à la campagne ! — De jeunes enfants de dix à quinze ans sont élevés dans un lycée de grande ville ; ils passent les deux mois de vacance à la campagne, quelquefois à la montagne. Ils sont pesés et mesurés tous les mois. L'augmentation de poids et de taille obtenue pendant les deux mois de vacances est égale à celle des dix autres mois de l'année. — Deux frères, de quatorze et seize ans quittent leur famille établie à la campagne ; ils vont achever leurs études au lycée de la ville voisine. Ils paraissent bien supporter leur vie nouvelle. Au bout de trois mois, ils ont perdu deux et trois kilogrammes de leur poids. Ce déchet n'est pas dû à un état morbide intercurrent ; ces deux enfants n'ont pas été malades, ils n'ont fait aucun séjour à l'infirmerie. — Un certain nombre des enfants de nos écoles municipales sont envoyés à la montagne pendant quelques semaines des vacances d'été ; ils en reviennent avec des accroissements notables de taille et de poids. — M. Cottinet a fait des observations analogues sur les écoliers de Paris. « Un mois de campagne, dit-il, constitue pour ces enfants une cure héroïque... Avant le départ pour la campagne, le poids de ces enfants, la circonférence de leur poitrine, sont fort au-dessous, lamentablement au-dessous, de la moyenne assignée à leur âge ; à leur retour, la proportion s'est renversée ; ils ont gagné de cinq à dix, à vingt fois l'accroissement normal ! » — Ces malheureux petits citadins semblent vraiment se hâter de réparer le temps perdu. Si quelques semaines d'air pur et de lumière donnent de tels résultats, que n'est-il pas permis d'attendre de toute une enfance passée à la campagne ou à la montagne ! Quelle inépuisable provision de santé, de force et d'endurance pour tout le reste de la vie.

J'ai visité deux de ces nouveaux collèges à la campagne. Dans l'un, je suis arrivé au milieu d'une longue récréation de l'après-midi. J'ai vu des enfants de tout âge, gais, rieurs, jouant avec une très vive animation. Les visages expriment la bonne santé et la bonne humeur. De tout petits se livrent à des travaux de jardinage et de construction ; d'autres, un peu plus grands, armés de pelles et de brouettes, préparent la piste d'un vélodrome ; de plus âgés sont en train d'organiser une partie de foot-ball. Cette scène de vie heureuse se déroulait dans les prés et les bois autour du collège. Je revoyais, en face de ces joyeux enfants, l'image de nos lycéens au visage si souvent pâle et triste. J'évoquais aussi le souvenir de mes jeunes années passées dans un sombre lycée de petite ville. Nos deux uniques heures de récréation se consumaient lentement à tourner autour des murs d'une cour close, toute nue, sans verdure. Les choses ont bien peu changé depuis.

Il faut d'abord faire de l'homme un bon animal. Le mot est de H. Spencer et il est bien connu. Or, l'élevage des animaux se fait à la campagne. Que diriez-vous d'un éleveur qui viendrait enfermer ses jeunes animaux dans un enclos au centre, ou même dans un faubourg de la ville ? Que cet éleveur a perdu la raison, qu'il ne tient aucun compte de l'expérience acquise, qu'il se ruinera à coup sûr, que ses jeunes animaux n'arriveront pas à l'âge adulte, ou bien que, s'ils y arrivent, ils donneront sûrement de mauvais produits. En effet, que valent les jeunes veaux nourris dans les étables d'une grande ville ? La plupart deviennent tuberculeux. Sommes-nous beaucoup plus raisonnables que cet éleveur maladroit, pères de famille français, qui condamnons nos enfants à la claustration dans les lycées urbains ?

Certes, la sédentarité est fâcheuse à tous les âges. Elle l'est plus que jamais pendant la période de croissance, car, à cette période décisive de la vie, elle compromet tout à la fois le présent et l'avenir. J'ai montré tout à l'heure, par des faits d'observation, à quel degré la sédentarité scolaire trouble le développement physique. De plus, nombre d'états pathologiques procèdent de la même cause, dont les plus ordinaires sont l'anémie. la chlorose vraie, la céphalée, la dyspepsie, la constipation, les infections naso-pharyngées, la scrofule, la tuberculose. On a contesté que la tuberculose fît plus de victimes qu'ailleurs dans les établissements d'instruction secondaire. M. Baradat a bien montré que le fait est certain. S'il n'apparaît pas d'emblée avec une entière évidence, c'est que l'enfant suspect est de bonne heure renvoyé dans sa famille. C'est là que la maladie achève de se caractériser et que le petit malade finit par succomber. Combien de ces malheureux enfants, victimes de la sédentarité scolaire des grandes villes, auraient échappé au fléau, et même seraient devenus des adultes de belle santé, s'ils avaient eu la bonne fortune de passer à la campagne toutes leurs années d'enfance et d'adolescence !

C'est à la campagne seulement que peuvent être organisés largement, utilement, les jeux et les sports, base véritable de l'éducation physique. Jeux et sports, jeux surtout, quand il s'agit d'organismes à la période de croissance, sont très préférables à la gymnastique suédoise, à la gymnastique allemande, et même, comme le fait remarquer M. P. de Coubertin, à tous les exercices militaires. Les jeux, j'entends les jeux bien organisés, ont un stimulant tout naturel, le plaisir, que n'ont pas au même degré toutes les espèces de la gymnastique. Voyez avec quel entrain ce groupe d'enfants prépare une partie de foot-ball. C'est souvent le respect du règlement qui les retient dans la salle de gymnastique.

Le jeu a vraiment une valeur éducatrice que n'ont pas la plupart des autres exercices. Il développe des qualités précieuses, l'énergie, la volonté, l'esprit d'initiative, l'endurance, le courage même, et ces qualités forment un utile contre-poids au développement des facultés purement intellectuelles. Dans les équipes de jeux, l'enfant apprend tour à tour à obéir et à commander. Il sent que sa responsabilité est engagée et que de son effort personnel dépend le résultat de la partie commencée. Il tend toute sa volonté, toute son énergie, au succès de l'entreprise. C'est un bon apprentissage des luttes de la vie.

Les jeux en plein air ont encore un autre très précieux avantage, bien mis en lumière par les travaux de M. F. Lagrange. Ils assurent mieux le développement régulier de tout le système musculaire et de toutes les grandes fonctions.

La natation, le canotage et l'équitation ne sont guère

possibles qu'à la campagne. Ces exercices sont nécessaires. Tout homme, qui a pu consacrer une partie de sa jeunesse à son éducation, doit savoir nager, plonger, manœuvrer une barque, monter à cheval. Si j'étais tombé à l'eau quelques jours après ma sortie du lycée, je me serais sûrement noyé. Personne n'avait jugé qu'il fût bon de m'apprendre à nager.

L'espace libre et l'air pur sont des compléments indispensables des jeux des écoliers. La gymnastique en espace clos n'est rien moins que salubre. Tous ces enfants, rassemblés dans une salle de gymnastique, se livrent à de violents efforts musculaires ; ils ont une respiration accélérée et beaucoup plus profonde. Or ils respirent un air confiné et déjà respiré. La plupart des chefs d'institution ne se doutent pas de ce péril. Une directrice de pension voulait me faire admirer sa nouvelle salle de gymnastique. Elle était, en effet, pourvue de nombreux appareils, mais cette salle était une ancienne cave.

Les jeux agréables à l'enfant, les seuls vraiment utiles à son développement physique, sont impraticables dans les cours de nos lycées de la ville. Les écoliers n'y prennent aucun intérêt. Ils aboutissent fatalement à la promenade circulaire autour de la cour. Au directeur qui l'engageait à jouer, un élève de douze ans fit cette réponse : « Si vous saviez, Monsieur le Directeur, comme çà nous ennuie de jouer comme çà ».

La vie champêtre est plus saine et réconfortante pour les enfants que la vie urbaine. Elle est plus conforme à la nature qu'il faut ici respecter et prendre pour guide. A la campagne, la précocité intellectuelle est moindre, et c'est un bien. Au cours de sa longue évolution, ce n'est que lentement, progressivement, que l'humanité s'est élevée à la vie intellectuelle. Il est bon de passer les premières années au contact de la terre. L'enfant verra de près les travaux des champs, les travaux manuels ; il y prendra même une certaine part. Sans doute il ne deviendra pas laboureur, ni jardinier, ni menuisier, ni forgeron. Mais il apprendra le maniement de quelques outils et le travail élémentaire de la terre, du bois et du fer. De bonne heure, il se familiarisera avec les plantes, les animaux, les arbres, les eaux ; il fera connaissance avec le monde dans lequel il doit vivre. C'est une des étrangetés de l'éducation que nous donnons encore à nos enfants ; pendant huit à dix ans, nous les obligeons à vivre dans un monde d'hommes, de choses et d'idées depuis longtemps disparu. — De bonne heure, l'enfant de la ville prendra contact avec l'homme des champs, contact salutaire dans un pays démocratique. E. Quinet écrit dans ses souvenirs d'enfance: « Dans cette liberté des champs, il y avait autre chose qu'un amusement. Je faisais un travail véritable qui me rendait sacré le travail d'autrui. Combien je respectais le sillon couvert d'épis de seigle, les prés rares, jonchés de fleurs, et, à plus forte raison, le bouvier qui, le soir, ramenait sa charrue. »

Le jour n'est peut-être pas très éloigné, où, pour les plus jeunes écoliers, l'aride et stérile étude des grammaires sera remplacée par celle, bien plus attrayante et fructueuse, des tout premiers éléments des sciences naturelles. Le champ, la forêt, la prairie, le cours d'eau, la montagne, le bord de la mer, quel admirable milieu pour ces captivantes leçons de choses ! Toute notre éducation actuelle se poursuivit à peu près exclusivement dans les livres, et l'enfant n'exerce guère que sa mémoire. Le professeur parle, décrit, lit, mais il ne montre rien. L'enfant demande à voir et à toucher. Un instinct tout naturel le pousse à l'exercice de ses sens. Développer le coup d'œil, le toucher, l'ouïe, affiner ces sens dès les premières années, n'est-ce pas là une partie fort importante de l'éducation ? Et l'expérience n'est-elle pas une méthode d'instruction très supérieure à la méthode mnémonique si fort en honneur dans les lycées ?

Le milieu des champs convient mieux à l'éducation morale. L'enfant n'y a pas sous les yeux toutes ces excitations précoces et factices, quelques-unes malsaines, qu'il rencontre à la ville, dès qu'il franchit les murs du collège. L'insuffisance de l'activité physique est un grand danger pour les adolescents. Que disent entre eux ces garçons de quinze ans, durant leurs monotones promenades dans une cour close, aux heures de récréation ? Les mauvaises habitudes des garçons ont fort souvent, des retentissements éloignés et funestes. J'ai vu nombre de jeunes hommes détraqués, neurasthéniques, incapables d'une activité soutenue, et chez lesquels cet état d'impotence intellectuelle remontait à l'époque de la puberté.

Dans nos lycées de la ville, sans espace, sans prairies, que faire de plusieurs centaines d'enfants pendant toute une grande journée ? Il faut bien les enfermer longtemps à la classe et à l'étude. Il est difficile d'échapper à cette nécessité. C'est une des causes de notre système d'éducation intellectuelle. On l'a justement nommé le système du bourrage. Il a été maintes fois critiqué ; il est tout à la fois antiphysiologique et dangereux. Le but ne doit pas être de remplir le cerveau de l'enfant de beaucoup de notions inutiles ou prématurées ; il est, tout au contraire, de développer progressivement tout l'ensemble des facultés intellectuelles, en prenant soin que ce développement soit appuyé sans cesse sur un développement parallèle de la moralité et de l'organisation physique. La provision de cellules dans un cerveau d'enfant n'est pas illimitée, et ces cellules n'arrivent que lentement à l'état de maturité. Il faut en réserver pour l'avenir et craindre de vicier, par une excitation trop précoce et trop forte, la fonction de celles que l'éducation va mettre en activité.

On a reconnu que, chez les jeunes enfants, la gymnastique d'appareils peut conduire à un développement du système musculaire irrégulier, dysharmonique, quelquefois monstrueux. Avez-vous réfléchi à quelle dysharmonie cérébrale doit fatalement conduire notre éducation intellectuelle ? Par la prodigieuse quantité des matières accumulées dans les programmes, elle exerce à un haut degré et pendant toute la jeunesse, une seule faculté, la mémoire, aux dépens des autres facultés, telles que la réflexion, le jugement, l'esprit d'observation, la volonté, beaucoup plus utiles dans la vie, plus nécessaires aussi à l'équilibre

cérébral. Et trop souvent le résultat général du système est la fatigue précoce, le dégoût du travail intellectuel, la perte durable de l'énergie et de l'esprit d'initiative. Ce ne sont pas des anciens élèves des lycées qu'on trouve le plus souvent dans les postes importants des entreprises industrielles, commerciales et coloniales. Aujourd'hui, le nombre et le succès de ces entreprises marquent la vitalité d'un grand pays.

Dans nos lycées, l'élève doit travailler onze heures et il a deux heures à deux heures et demie de récréation. Il s'agit d'un enfant, dont le cerveau est en voie de développement, par conséquent fragile et vulnérable. Quel homme adulte, en pleine possession de toutes ses facultés intellectuelles, pourrait donner onze heures de travail quotidien ? Je me sens tout à fait incapable de suffire à une pareille tâche, et, même pour l'adulte, je trouve très sage la règle de Kant : huit heures de travail, huit heures de repos, huit heures de sommeil. Aussi l'enfant ne travaille pas pendant les onze heures imposées. Il se défend à sa façon contre la barbarie du règlement. En face du livre entr'ouvert ou de la page inachevée, son esprit reste indécis, flottant, dans un état qui n'est ni le repos ni l'activité, état dangereux, grâce auquel se développe bientôt un grave défaut de l'esprit, l'habitude de l'inattention. « Le plus grand ennemi pour la santé du corps, dit le philosophe Guyau, c'est la sédentarité ; pour l'esprit, c'est l'habitude de l'inattention. L'idéal de l'éducateur est donc d'obtenir de l'enfant pendant un court moment toute son attention, puis de le laisser se détendre et réparer la dépense. »

Que l'écolier ait neuf ans ou dix-sept ans, c'est onze heures d'application que l'on demande à son intelligence, ou à peu près. En tous cas, la différence d'un âge à l'autre est très faible, et elle devrait être considérable. Un enfant de neuf ans n'est pas capable de plus de trois à quatre heures de travail par jour, et ce travail doit être coupé de nombreux temps de repos. La durée du travail, du repos, du jeu, du sommeil, varie beaucoup suivant l'âge de l'enfant. La qualité du travail doit varier aussi. L'élève de huitième n'est pas en mesure de donner beaucoup de travail personnel ; il a grandement besoin de l'aide de son professeur ; pour lui, la classe doit être plus longue que l'étude. Il en est tout autrement de l'élève des divisions supérieures ; il est bon que celui-ci prenne l'habitude du travail personnel dont il devient capable ; il faut lui donner plus d'étude que de classe.

Nos éducateurs méconnaissent encore les lois du développement. Ces lois, les éleveurs les respectent beaucoup mieux. Voyez avec quelle sollicitude ils évitent toute fatigue, tout travail prématuré, aux jeunes chevaux destinés à la course. De même, le laboureur se garde bien de mettre trop tôt le jeune bœuf au dur labeur de la charrue. Certes, le cerveau d'un enfant est plus délicat que le système musculaire d'un cheval ou d'un bœuf. A coup sûr, l'effet du travail précoce et excessif y doit être beaucoup plus fâcheux. C'est un fait bien connu que les écoliers prodiges ne tiennent pas les brillantes promesses de leurs jeunes années. Pour toujours le ressort est détendu. Dans les lycées de Paris, l'élève d'élite subit l'intensive préparation au concours général. Le malheureux ressemble fort au jeune cheval qu'un éleveur imprudent amène trop tôt sur le champ de course.

Pour composer notre système d'éducation nous nous sommes inspirés des Grecs. Nous leur avons emprunté leur culte de la poésie, de la philosophie, de l'art de bien parler. Mais ce n'est là qu'une partie de l'éducation hellénique. Les Grecs n'estimaient pas moins l'éducation du corps que celle de l'esprit. Ils avaient autant la préoccupation de former de beaux membres et de belles poitrines que celle de développer de belles intelligences. Nous devrions les imiter mieux et d'une façon plus complète. Pendant trop longtemps nous n'avons eu que du dedain pour le corps, et ce dédain fut sans doute un reste, inconsciemment conservé, de l'ascétisme du moyen-âge.

Je n'ignore pas les objections qu'a provoquées cette idée de transporter les lycées à la campagne. Les pères de famille, me disait un ancien universitaire, continueront à préférer le collège de la ville, plus à leur portée, d'un accès plus facile. Les parents, ajoute M. G. Le Bon, tiennent à garder leurs enfants auprès d'eux ; à Paris, les familles ne manifestent aucune préférence pour les lycées suburbains. Cette tendance est loin d'être générale. Nombre de jeunes Lyonnais sont élevés dans les lycées des départements voisins. Je suis médecin, et je sais par expérience que les pères de famille commencent à se préoccuper de ces questions d'hygiène scolaire. A l'heure actuelle, l'Université n'a plus beaucoup à redouter la concurrence en matière d'enseignement secondaire. D'ailleurs, l'opinion publique est très capable d'évolution, et, dans une question qui intéresse à un si haut degré l'avenir de notre pays, il serait un peu du devoir de l'État de hâter cette heureuse évolution. Prévoyait-on à la fin du second Empire que, trente-cinq ans plus tard, les Français accepteraient si volontiers le service militaire de deux ans obligatoire pour tous ? Il semblait, au début, que la cure sanatoriale de la phtisie serait mal accueillie chez nous. Ce traitement nous vient d'Allemagne, disait-on ; il est bon pour des Allemands, mieux façonnés à l'obéissance par une rude discipline militaire. Eh bien, nos malades français entrent sans hésitation au sanatorium. J'ai entendu le réclamer eux-mêmes, des jeunes gens auxquels on n'osait pas le proposer. Que l'État construise ses nouveaux lycées à la campagne, les pères de famille se rendront à l'évidence ; ils seront vite convaincus de la supériorité de l'éducation nouvelle. Et quand ils auront cette conviction, peut-on supposer qu'ils se laisseront guider par d'autres considérations que celle de l'avenir et de l'intérêt de leurs enfants ?

Sans doute les professeurs devront aller vivre aux champs. Seront-ils bien à plaindre ? Depuis que les industries s'éloignent de la ville, nombre d'hommes cultivés, chimistes et ingénieurs, ont dû se fixer à la campagne. Ils se sont résignés. — L'installation d'un lycée rural ne sera pas plus coûteuse que celle d'un lycées urbain ; il est même probable qu'elle le sera beaucoup moins. Le terrain est moins cher à la campagne et les conditions de la construc-

tion y sont souvent moins onéreuses. — Il est vrai que les prix de pension sont fort élevés dans les collèges anglais. Mais il y a dans ces collèges un degré de confortable, et même de luxe, dont nous pouvons fort bien nous passer. D'ailleurs, si une certaine élévation du prix de pension diminuait le nombre des élèves de l'enseignement secondaire, il n'y aurait pas lieu de regretter cet heureux résultat. Beaucoup d'enfants perdent leur temps dans les lycées, qui retireraient plus d'avantages, pour la vie qui les attend, d'un enseignement plus pratique et plus court.

L'homme actuel, dit-on, vaut par son intelligence, bien plus que par ses muscles. C'est donc l'intelligence qu'il convient de développer. La culture du muscle diminue celle de l'esprit. Les Anglais ont eux-mêmes critiqué leur système d'éducation. Il y a longtemps que leurs médecins protestent contre l'abus des jeux de force dans leurs collèges. Le romancier anglais Wilkie Collins qualifie de véritable excentricité nationale cette excessive préoccupation de l'éducation physique. Il établit même un rapprochement entre « le développement effréné des exercices physiques et le récent développement de la grossièreté et de la brutalité dans certaines classes de la population anglaise. » — Sans doute la critique est exacte, puisqu'elle nous vient des Anglais eux-mêmes. Aussi, ne s'agit-il pas de copier servilement le collège anglais, mais bien de lui prendre ce qu'il a de vraiment excellent, l'installation à la campagne, le partage du temps plus judicieux entre les exercices du corps et ceux de l'intelligence. Si l'on peut voir en Angleterre les fâcheux effets de la culture musculaire exagérée, on voit très bien chez nous ceux de la culture intellectuelle excessive. La sagesse est sans doute à distance égale des deux excès.

Mais c'est une grave erreur, et qu'il est temps d'abandonner, de croire qu'un bon développement physique soit peu favorable, ou même seulement indifférent, au développement de l'intelligence. Un organisme robuste est le support nécessaire d'un esprit vigoureux et capable dans la vie d'un long et fructueux effort. Ne laissons pas déchoir notre organisation physique ; la nature a mis cette condition à la conservation et au progrès de l'intelligence dans l'espèce. Ses préférences sont pour l'athlète, bien plus que pour l'intellectuel de culture intensive et précoce. Chez celui-ci, la faculté de reproduction s'éteint de très bonne heure ou ne donne que de rares et mauvais produits ; chez celui-là, cette faculté se conserve longtemps intacte, et, parmi ses nombreux produits, peuvent apparaître des hommes de réelle intelligence. Serait-ce là un cas nouveau et original des lois d'évolution et de division du travail : aux uns, les joies des spéculations de l'esprit ; aux autres, celles de la conservation de l'espèce ?

C'est un ministre de l'instruction publique qui a fait la plus vive et la plus judicieuse critique de notre éducation trop exclusivement intellectuelle. Voici ce que dit Jules Simon de cette éducation qu'il qualifie de surmenée : « On fait un bachelier, un licencié, un docteur, mais un homme il n'en est pas question ; au contraire, on passe quinze années à détruire sa virilité. On rend à la société un petit mandarin ridicule, qui n'a pas de muscles, qui ne sait pas sauter une barrière, qui ne sait pas jouer des coudes, qui ne sait pas tirer un coup de fusil, qui ne monte pas à cheval, qui, en revanche, s'est bourré de toutes sortes de connaissances inutiles, qui ne sait pas les choses les plus nécessaires, qui ne peut donner un conseil à personne ni s'en donner à lui-même, qui a besoin d'être dirigé en toutes choses, et qui, sentant sa faiblesse et ayant perdu ses lisières, se jette pour dernière ressource dans le socialisme d'Etat. — Il faut que l'Etat me prenne par la main, comme l'a fait jusqu'ici l'Université. On ne m'a appris qu'à être passif. Un citoyen dites-vous ? Je serais peut-être un citoyen si j'étais un homme. »

Toutes les classes sont intéressées à cette réforme de notre éducation. Non certes que l'Etat doive à tous les enfants l'accès de l'enseignement secondaire. C'est là une utopie fort dangereuse et d'ailleurs irréalisable. Mais l'Etat a le plus grand intérêt à fonder assez de bourses dans les lycées pour y recevoir les enfants pauvres chez lesquels les maîtres de l'enseignement primaire ont observé de remarquables facultés intellectuelles. Une classe moyenne, ainsi recrutée dans tous les rangs, intelligente, éclairée, robuste, capable d'énergie et d'initiative, est un élément nécessaire à la prospérité d'un grand pays. Elle entraîne et dirige les masses laborieuses. Elle produit les hommes véritablement supérieurs. — Dans nos villes d'aujourd'hui, les pères se surmènent au milieu des luttes commerciales et industrielles. Leurs fils se surmènent dans les lycées urbains. Les uns et les autres sont victimes de la sédentarité ; ils passent la majeure partie de leur vie dans des conditions d'hygiène tout à fait défectueuses. Comment espérer que ces familles prospèrent ou même se conservent ? — Jadis les populations rurales, saines et vigoureuses, formaient comme un immense et inépuisable réservoir d'où émergeaient sans cesse des éléments de rajeunissement pour les classes supérieures usées par la vie intense et le fardeau de la richesse. Il n'est pas douteux que cette source de vie et de force ne diminue d'une façon fort inquiétante. L'alcoolisme et la tuberculose envahissent de plus en plus nos populations rurales et compromettent gravement nos réserves de vitalité. Sérieux motif de nous préoccuper enfin de l'éducation physique des classes moyennes.

Il ne s'agit pas d'abandonner immédiatement les collèges de la ville et de les remplacer par autant de collèges à la campagne. Mais il serait grandement à désirer qu'une entente intervienne entre l'Etat et les municipalités et que prochainement soit prise cette décision : tout nouvel établissement d'instruction secondaire sera désormais à distance des agglomérations urbaines, dans de bonnes conditions d'hygiène, au milieu d'un espace suffisant pour assurer le plein développement de l'éducation physique.

On peut prévoir trois types de collèges à la campagne : le collège suburbain, le collège à la montagne, le collège au bord de la mer. Le premier est à proximité d'une grande ville, assez loin cependant pour que l'enfant y trouve vraiment tous les avantages de la vie des champs. Dans

notre région, il devrait être au delà de la zone des brouillards lyonnais. Les tramways et les trains de banlieue facilitent l'accès de ce collège suburbain. Les départements qui confinent aux Alpes. aux Pyrénées, aux Vosges, pourraient élever leurs lycées dans des sites de montagne bien choisis ; les départements maritimes placeraient les leurs au bord de la mer, auprès de ces belles plages de sable si nombreuses sur nos côtes de France. — Quels inappréciables services rendraient à nos familles urbaines ces collèges à la montagne ou au bord de la mer ! Que d'enfants de citadins, débilités, anémiques, lymphatiques, pourraient ainsi, tout en continuant régulièrement leur éducation, modifier leur constitution d'une façon salutaire et définitive. Pendant des années entières, et non pas seulement au moment des vacances, ils jouiraient des bienfaits de l'altitude ou de l'air marin.

L'initiative privée s'est mise à l'œuvre. Il y a maintenant cinq collèges libres à la campagne. Nous avons la bonne fortune d'en posséder un dans notre région lyonnaise. Souhaitons que ces collèges prospèrent et se multiplient. Mais l'initiative privée ne suffira pas à donner à la réforme une extension suffisante. Elle a montré la voie ; chez nous c'est déjà beaucoup. En matière d'enseignement, nous sommes de plus en plus habitués à la tutelle de l'Etat. Depuis le premier Empire, les collèges libres ont peu à peu disparu devant les progrès constants de l'Université. C'est donc de l'Université que nous devons attendre le salut de la grande majorité de nos collégiens.

Elle a déjà fait quelque chose. A Paris, le lycée Lakanal est entouré d'un grand parc ; malheureusement les élèves n'y pénètrent pas, et c'est dans une cour close de murs qu'ils passent les heures de récréation. Récemment, le vice-recteur de l'Académie de Paris a réuni dans son cabinet les proviseurs des lycées de la capitale. Il s'agissait de rechercher les moyens d'introduire le travail manuel dans l'éducation des élèves. Voilà de très louables intentions. Mais nous sommes encore loin de la réforme attendue, celle qui aura vraiment une salutaire influence sur notre avenir national. Quand verrons-nous s'élever le premier lycée en pleine campagne et dans lequel sera sérieusement organisée l'éducation physique de la jeunesse ?

L. BOUVERET.

(Lyon Médical).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du travail, Faute professionnelle du médecin, Recours de la victime contre le chef d'entreprise Indépendance scientifique du médecin

On sait que, d'après la loi du 9 avril 1898, si le chef d'entreprise est responsable des accidents du travail survenus à ses ouvriers, et spécialement est débiteur des frais médicaux que nécessitent ces accidents, il ne peut pas imposer aux victimes d'accidents tel ou tel médecin. Le blessé reste libre de recourir aux soins du praticien qu'il lui plaît de désigner, et, s'il accepte le médecin désigné par le chef d'entreprise, c'est par un acte absolument volontaire.

Dans un arrêt du 23 juillet 1902 (*Revue judiciaire des accidents du travail*, 1903, IV, 96), la Cour de Nîmes en a conclu qu'au cas où un blessé croirait être en droit de reprocher au médecin qui l'a soigné une faute professionnelle, il ne peut, de ce chef, rechercher le patron qui avait désigné ce médecin. Le médecin, en l'espèce, n'avait été que *proposé* par le patron, mais il n'était pas son *préposé* ; aucun lien juridique ne s'était formé entre le patron et le médecin ; par conséquent, le patron ne pouvait être responsable ni du fait, ni même de la faute du médecin. Au point de vue du droit, la solution consacrée par la Cour de Nîmes nous paraît à l'abri de toute critique, bien que le tribunal civil d'Alais, par jugement du 16 avril 1902, se fût prononcé en sens contraire.

Si nous faisons connaître cette décision aux lecteurs de l'*Écho médical du Nord*, c'est surtout pour leur signaler une sorte de déclaration de principes, faite par la Cour de Nîmes, au sujet du rôle du médecin. La Cour de Nîmes proclame « que l'indépendance scientifique du médecin est et doit rester absolue ; qu'aucune compagnie d'assurances ou aucun patron n'aurait le droit ni la prétention d'instituer, de sa propre autorité, un traitement thérapeutique ou chirurgical, et pas davantage le droit de contrôler ou de modifier le traitement institué par l'homme de l'art ; un tel empiètement, contraire au sens commun et pratiquement irréalisable, ne serait en définitive que l'exercice délictueux de la médecine. »

On ne saurait mieux dire. J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Notre excellent collaborateur, le docteur KÉRAVAL, directeur-médecin en chef de l'asile d'Armentières, est nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard (Seine). Nous, nous réjouissons tous à l'*Echo Médical du Nord* de la mesure qui, consacrant la valeur scientifique de notre collaborateur, l'appelle à de hautes et enviables fonctions, où son talent et ses qualités cliniques trouveront de fréquentes occasions de se faire jour. Mais nous ne pouvons pas ne pas exprimer nos regrets égoïstes d'être séparés du savant, qui des premiers apporta à l'*Echo Médical du Nord* l'appui de ses sympathies et de sa plume d'aliéniste. Aussi nous prions le docteur KÉRAVAL d'agréer, à son départ d'Armentières, l'expression de nos plus vives sympathies.

— Le directeur médecin en chef désigné pour succéder à M. KÉRAVAL fut de nos élèves. Le docteur CHARDON, longtemps médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant, a fait l'apprentissage de la direction d'un établissement d'aliénés pendant environ trois ans à Rennes. Nous avons plaisir à

le voir revenir dans notre région, et nous lui souhaitons la bienvenue.

— L'asile d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) perd son directeur, le docteur **Martinencq**, admis à la retraite. Nos lecteurs ont naguère fait connaissance avec son successeur, le docteur **Charon** ; avant d'être élevé à ces fonctions, M. **Charon**, fut médecin-adjoint à l'asile de Bailleul et nous adressa à plusieurs reprises d'intéressantes observations puisées dans les matériaux cliniques de cet important établissement. Après un séjour de plusieurs années à l'asile de Saint-Alban (Lozère), comme directeur-médecin en chef, M. **Charon** est jugé digne d'être mis à la tête de l'asile de Dury-les-Amiens. Nous savons qu'il sera là à sa place. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de bienvenu.

HOPITAUX ET HOSPICES

Lyon. — M. le docteur F. **Courmont**, médecin des hôpitaux, est après concours nommé médecin des hôpitaux.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies. — La *médaille d'argent* a été accordée à MM. les docteurs **Bossion**, de Saint-Arnaud (Constantine) ; **Martin**, de Constantine ; **Mondelin**, interne à l'hôpital civil de Mustapha (Alger). — La *médaille de bronze* à MM. les docteurs **Battarel**, d'Alger ; **Liagre**, de Constantine ; **Tourres**, interne à l'hôpital d'Alger ; **Andreu**, interne à l'hôpital de Constantine.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs **Boudou**, président honoraire de l'Association des médecins du Tarn-et-Garonne ; **Beuzelin**, d'Amfreville-la-Campagne (Eure) ; **Seguin**, de Châteauneuf (Côte-d'Or) ; **Noël**, de Noyer-Saint-Martin (Oise) ; **Lachatre**, de Chantelle (Allier) ; **Aubert**, de Routot (Eure).

Tillie, de Saint-Omer (Pas-de-Calais) et **Vahé**, de Metz-en-Couture (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de nos confrères nos plus sincères condoléances.

OUVRAGES REÇUS

— **Le sucre dans l'alimentation des tuberculeux**, par le docteur **Plicque**, extrait du *Journal de médecine interne*, 1902.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

19e Semaine, du 3 au 9 Mai 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	4
3 mois à un an	10	3
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	2	4
5 à 10 ans	2	3
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	7	5
40 à 60 ans	12	9
60 à 80 ans	11	7
80 ans et au-dessus	2	6
Total	56	46

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	11
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	8	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	2	»	»	2	1	»	»	»	»	4	11	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	1	»	»	»	»	»	1	5	1	3	»	»	2	1	1	1	»	»	5	21	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	6
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	»	»	1	2	»	2	»	»	1	1	»	»	1	»	6	15	9
Esquermes 11,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	9	16	6
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	2	8	6
Fives, 24,191 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	»	1	»	»	»	1	7	17
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	6
Total	»	3	»	1	2	1	»	4	14	6	11	»	»	17	3	2	1	2	»	35	102	113

N° 332. Septième Année. N° 21. Le Numéro : **10** centimes 24 Mai 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'évolution de la pharmacie pendant ces dix dernières années

Leçon d'ouverture du cours de pharmacie et de pharmacologie

par le professeur **E. Gérard**

Messieurs,

Mon premier devoir, en prenant possession de la chaire de pharmacie de l'Université de Lille, est d'apporter un tribut de reconnaissance à M. LIARD, vice-recteur de l'Université de Paris, hier encore directeur de l'Enseignement supérieur, qui m'a facilité l'entrée de l'enseignement et dont la bienveillance ne m'a jamais fait défaut. J'adresse mes remerciements les plus sincères à M. MARGOTTET, recteur, et à M. le doyen COMBEMALE pour la part qu'ils ont prise à ma nomination ; et je suis heureux de manifester toute ma gratitude à mes collègues de la Faculté, dont le vote unanime a permis la réalisation de mes désirs.

S'il y a quelque chose de changé, Messieurs, pour votre nouveau professeur, il n'y a rien de changé à l'enseignement que j'ai inauguré en qualité de chargé de cours : je me suis, vous le savez, donné tout entier à ma tâche, je ne puis donc vous promettre de faire mieux.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les progrès scientifiques effectués pendant ces dix dernières années, on est étonné du chemin parcouru dans le domaine des sciences physico-chimiques et naturelles. La chimie brille surtout d'un éclat particulier et si elle n'est pas, comme le voudrait FOURCROY, la « science universelle », on doit au moins reconnaître qu'il est bien peu d'occupations humaines qui ne lui empruntent pas ses lumières.

C'est aujourd'hui une vérité banale et qui n'a plus guère besoin d'être démontrée de dire que la pharmacie lui est redevable de la plus grande partie de sa marche ascensionnelle dans le progrès.

En vous relatant l'évolution scientifique de la pharmacie pendant ces dix dernières années, vous verrez, Messieurs, l'influence prépondérante de la chimie alliée à celle de l'expérimentation physiologique dans l'art de guérir.

Nous assistons tout d'abord à ce que je pourrais appeler la « renaissance de la pharmacie galénique ». Il n'y a pas encore bien longtemps cette partie de notre art semblait encore être dominée par l'alchimie. Il a fallu l'essor prodigieux des sciences physico-chimiques pour faire sortir la pharmacie galénique

de sa torpeur, et alors, se détachant de toutes ces médications surannées qui n'avaient d'autre mérite que celui d'avoir contribué à l'établissement de la pharmacopée française, elle se mit résolument à l'unisson des nouvelles acquisitions de la science moderne.

Dans cette évolution, la pharmacie galénique faillit être victime du progrès : on avait pensé un moment que les principes immédiats des végétaux pourraient se substituer aux préparations galéniques faites directement avec les végétaux, que la digitaline, par exemple, remplacerait les préparations de digitale, que la morphine, la narcéine feraient disparaître les médicaments galéniques opiacés. Mais la pharmacodynamie veillait, elle vint ressusciter la galénique déjà délaissée et la thérapeutique venait en même temps démontrer que l'action physiologique d'un corps isolé, alcaloïde, glucoside ou autre se trouve le plus souvent modifiée par la présence d'autres composés, connus ou non, qui font partie intégrante de la préparation galénique. Comme je l'ai déjà dit par ailleurs, les médicaments officinaux peuvent jusqu'à un certain point être comparés aux associations microbiennes qui influencent l'organisme autrement que ne le ferait chacun des microbes isolément.

Il serait puéril de vouloir démontrer l'importance qu'a acquise de nos jours la pharmacie galénique, et du reste, l'emploi des sucs animaux dans l'opothérapie ne vient-il pas justifier cette renaissance de cette partie des sciences pharmacologiques dont je parlais tout à l'heure ?

L'analyse chimique chaque jour perfectionnée a transformé une partie de l'art pharmaceutique. C'est ainsi que grâce aux nouvelles méthodes analytiques propres aux dosages des alcaloïdes, des glucosides ou des autres principes définis dans les drogues simples et dans les préparations, la pharmacie peut préparer des médicaments dont l'activité thérapeutique est nettement mesurée ; c'est grâce aussi à l'analyse immédiate et à l'analyse chimique que l'on a pu tout dernièrement établir les bases d'une pharmacopée internationale.

La pharmacie galénique a su également tirer profit des merveilleuses découvertes de Pasteur et de ses élèves pour expliquer les différentes réactions qui se forment dans les produits fermentés, ou pour les appliquer à la conservation des différentes formes pharmaceutiques, à la préparation des pansements aseptiques ou encore pour rendre stériles certaines solutions médicamenteuses.

En plus des médicaments sérothérapiques et opothérapiques, qui constituent déjà une acquisition importante pour la pharmacie galénique, n'a-t-on pas fait entrer dans la thérapeutique de nouvelles préparations utiles à l'art de guérir ? Qu'il me suffise de vous citer certaines boissons comme le koumys, le képhir ou les laits humanisés, des formes pharmaceutiques, comme les extraits fluides normalement dosés, les dialysés de plantes fraîches de Golaz, etc.

Enfin je citerai les nombreuses modifications apportées dans la confection des produits galéniques, modifications résultant de la connaissance plus complète de la nature des principes actifs immédiats, de leurs propriétés, de leurs altérations, etc.

Considérons maintenant, Messieurs, la *Pharmacie chimique*. Celle-ci n'a pas connu les mauvais jours de la pharmacie galénique ; son ascension dans le progrès s'est faite d'une façon continue et sans secousses jusque dans ces derniers temps, pour prendre, en ce moment, une allure plus rapide.

Depuis quelques années, la grande industrie, servie par son puissant outillage, accapare de plus en plus la préparation des produits chimiques employés en thérapeutique ; et le rôle du pharmacologiste se borne à décrire pour chaque corps les caractères physiques et chimiques permettant l'identification et les procédés les plus pratiques à employer pour déceler les impuretés ou les falsifications.

Je passerai donc rapidement sur les nouveautés de la chimie minérale. Les innovations portent surtout sur les modes de préparation et, à ce titre, les applications de l'électricité ont rendu plus pratique, moins onéreuse la production de certains composés utilisés en pharmacie, comme le fer réduit, les chlorates, les hypochlorates, les persulfates, etc.

Au contraire, pour ce qui est des *médicaments organiques*, nous voyons que la médecine et l'hygiène, obéissant à une impulsion puissante, ont demandé surtout à la chimie organique les armes nécessaires à une thérapeutique nouvelle.

Une véritable moisson de ce côté a été faite, de qualité un peu mêlée, il est vrai, car les résultats annoncés sont loin d'être tous acquis. C'est ainsi que la série aromatique a donné le jour à de nombreux médicaments dont le plus grand nombre, il est vrai, n'a fait que traverser le domaine de la thérapeutique, mais

il faut reconnaître que c'est encore cette partie de la chimie qui fournira les éléments d'une médication toujours avide de progrès.

La découverte des nombreux médicaments chimiques n'est pas un simple effet du hasard. Ce qui préside à leur recherche, c'est l'action physiologique que l'on désire obtenir, action physiologique que l'on peut, presque à volonté, transformer ou modifier en faisant varier la constitution chimique par l'adjonction de divers groupements chimiques. Aussi les questions les plus importantes à l'ordre du jour sont celles qui ont trait aux relations qui existent entre la constitution des composés et leur action physiologique.

Pour vous faire toucher du doigt l'importance de ce sujet, je vais vous citer quelques exemples :

Prenons les dérivés du formène. Nous avons :

$$\begin{matrix} CH^3\,Cl \\ CH^2\,Cl^2 \end{matrix} \quad \text{et} \quad \begin{matrix} CH\,Cl^3 \\ CCl^4 \end{matrix}$$

L'action physiologique est variable suivant que la substitution du chlore à l'hydrogène se fait par nombre pair ou impair.

On peut établir deux types dans les quatre dérivés :

1° Le chlorure de méthyle ($CH^3\,Cl$), le chloroforme ($CH\,Cl^3$) dont la substitution des atomes de chlore se fait en nombre impair : Ces deux composés sont des anesthésiques très puissants.

2° Le chlorure de méthylène ($CH^2\,Cl^2$) et le tétrachlorure de carbone (CCl^4), dont la substitution des atomes de chlore se fait en nombre pair : ces deux produits sont, au contraire, des agents toxiques dont la toxicité est d'autant plus considérable que la substitution des atomes de chlore est elle-même plus considérable.

Examinons maintenant la valeur pharmacodynamique des radicaux alcooliques, on voit que le radical éthyle possède par lui-même une action hypnotique, au point que la combinaison avec ce radical de certains corps simples, ou de certains radicaux composés (chlore, brome, acide sulfureux) exalte ces propriétés hypnotiques et en fait de véritables anesthésiques. C'est ainsi qu'en partant de l'alcool on est arrivé au sulfonal, au trional et au tétronal, dont la découverte était justifiée et prévue par les relations que je viens de vous indiquer, et qui sont plus longuement expliquées dans les *Leçons de pharmacodynamie* de G. Pouchet.

On est même arrivé par les ressources de la chimie à rendre certains médicaments inoffensifs pour l'économie tout en conservant leurs propriétés curatives. Ainsi, les hydrocarbures, généralement toxiques pour l'économie, deviennent inoffensifs lorsqu'ils sont à l'état de composés sulfoconjugués, c'est-à-dire lorsqu'ils sont combinés au groupement SO^3H. Des combinaisons organiques de quelques produits minéraux, comme l'acide arsénieux, ont une toxicité considérablement diminuée. L'acide cacodylique, par exemple, peut être donné à des doses supérieures à celles de l'acide arsénieux, sans qu'on n'observe d'intoxication arsenicale ; l'acide méthylarsénique, dont le sel de soude est l'arrhénal, est encore moins toxique. Ces différences d'action pharmacodynamique ne tiennent pas seulement à l'adjonction de radicaux méthyles au noyau principal, mais encore à leurs positions respectives dans la molécule.

Nous voyons donc, en résumé, qu'en essayant de trouver des composés possédant au plus haut degré des propriétés actives, tout en diminuant leur toxicité, on arrive à encombrer l'arsenal thérapeutique. Néanmoins cette pléthore, résultat du progrès de la pharmacodynamie, est utile à l'art de guérir, et nous ne devons pas la regretter.

La *Chimie biologique* est venue, elle aussi, apporter son contingent de médicaments nouveaux. Qu'il me suffise de vous dire que la thérapeutique met largement à profit les différents principes immédiats retirés des végétaux et des animaux, comme les lécithines, les nucléines, les hématines, etc.

Il n'y a pas jusqu'aux végétaux inférieurs, qui ne contribuent à fournir des médicaments, et on a tenté l'essai des éléments qui président surtout au fonctionnement de la cellule, et qu'on appelle les ferments. C'est ainsi que la levure de bière a été signalée à l'attention des médecins contre la furonculose : il y a plus, cette levure, en produisant des dédoublements chimiques, favorise l'assimilation et la combustion des sucres. Son utilité paraît incontestable dans le traitement du diabète, et l'expérience clinique semble avoir confirmé ces vues théoriques.

Vous voyez, Messieurs, par ce bref aperçu que la pharmacie tient toujours son rang et qu'elle marche de pair, dans la voie du progrès avec les autres sciences dont elle est l'application. Vous apprécierez encore plus la justesse de cette observation dans les leçons que j'ai l'intention de vous faire cette année et le rôle que le pharmacien est appelé à remplir dans les découvertes de la thérapeutique.

Consultations Médico-Chirurgicales

Tabes

Professeur F. COMBEMALE et Docteur L. INGELRANS.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **A.** Un homme d'une quarantaine d'années, ayant eu quelque quinze ou vingt ans avant une syphilis bénigne, est brusquement pris de diplopie transitoire. Quelques semaines après, de violentes douleurs en éclairs lui traversent les membres inférieurs, le surprenant à tout instant du jour, empêchant tout sommeil pendant plusieurs nuits. Consulté, un médecin s'aperçoit que le réflexe patellaire est absent, constate des régions cutanées anesthésiques, reconnaît que la pupille est paresseuse à la lumière, mais réagit à l'accommodation. Le diagnostic porté est celui de *tabès à la période préataxique*.

II. Un autre adulte, ancien syphilique lui aussi, a remarqué qu'il mouille parfois son pantalon à la fin des mictions, se plaint de douleurs en ceinture, d'affaiblissement de la vue. Tout à coup, sans souffrance et sans raison appréciable, une grande jointure se déforme, une arthropathie se crée. Plusieurs mois après, une crise gastrique apparaît ; le patient, la base du thorax enserrée dans un véritable étau, vomit tout ce qu'il prend, continue de vomir à vide, rejette même du sang et ce, durant trois, quatre jours. Le diagnostic porté est encore ici, après constatation de quelques stigmates, celui de *tabes commençant*.

III. Un autre syphilitique devient graduellement aveugle, sans plus ; il perçoit bien à longs intervalles quelques douleurs en éclairs, mais ce sont surtout l'anesthésie plantaire, le retard dans la perception des excitations cutanées, l'absence du réflexe rotulien, les vertiges, qui font faire le diagnostic. Il aura perdu totalement la vue en dix-huit mois, par exemple ; dès lors, l'état constaté restera indéfiniment stationnaire à cette période du mal ; il s'agit d'un *tabes commençant arrêté par la cécité*.

B. Le premier malade a vu s'écouler deux ans depuis l'entrée en scène du tabes. Il marche actuellement fort mal, talonnant, lançant follement les jambes, dépassant le but à la montée et à la descente d'un escalier ; il ne tient plus debout dans l'obscurité. Il souffre toujours de douleurs en éclairs, en ceinture, de partout ; sa vessie lui obéit de moins en moins : le voilà arrivé à la période *d'ataxie confirmée*.

C. Ce même malade, au bout de quelques années et après de multiples incidents, tels que crises laryngées, hémiplégie transitoire ou durable, fractures spontanées, se voit réduit à l'impotence complète par les progrès de l'ataxie. Il n'est pas paralysé, mais ses muscles se sont atrophiés graduellement, il ne gâte pas, mais ses sphincters ne lui obéissent pas intégralement. La déchéance progresse alors rapidement, c'est la *période terminale du tabes*, un incident pulmonaire ou autre l'emportera.

D. Une femme arthritique, niant de bonne foi une syphilis peut-être passée inaperçue, souffre sans trêve d'extrêmes douleurs excruciantes dans les jambes et dans les bras. Des crises clitoridiennes viennent encore ajouter à ses maux, puis c'est un mal perforant plantaire. L'incoordination est légère, lente à venir, mais les souffrances gardent leur acuité dix ans, vingt ans et plus. C'est la variété de tabes dite tabes dolorosa, *tabes sensitif*.

II. Un adulte éprouve quelques sensations anormales le long du cubital, fait une crise gastrique de temps en temps, est porteur d'une incontinence vésicale se réduisant à la perte de quelques gouttes d'urine, a eu de rares douleurs qu'on a qualifiées de rhumatismales. Quand il se présente pour un examen, on constate que ses pupilles mobiles à l'accommodation, sont insensibles à la lumière, qu'il vacille quand, les pieds joints, on lui ordonne de fermer les yeux, que ses réflexes achilléens sont abolis, que les patellaires sont affaiblis. C'est plus qu'il n'en faut pour établir le diagnostic de la *forme fruste du tabes*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Le tabes est, presque toujours, peut-être constamment, une affection parasyphilitique, c'est-à-dire que si la syphilis ne produit pas les lésions, elle est indispensable pour en permettre la production. Cette conception étiologique incline à satisfaire à l'indication d'employer le traitement spécifique. Mais des réserves sur l'efficacité de ce traitement pathogénique naissent du fait des connaissances anatomo-pathologiques que l'on possède sur la lésion. Le tabes est une maladie du système nerveux tout entier ; parmi les multiples lésions qui le caractérisent, la sclérose des cordons postérieurs de la moelle est constante, c'est-à-dire que l'élément parenchymateux est détruit et remplacé par du tissu conjonctif. Cette lésion médullaire est donc indélébile, ne peut régresser et entraîne l'absolue incurabilité.

C'est donc surtout cliniquement qu'il y a des indications à remplir. En effet, la superposition n'est pas absolue entre l'état de la moelle et des symptômes cliniques : une amélioration considérable, une longue rémission simulant presque la guérison, peuvent survenir sans que les grandes lésions se soient modifiées. Peut-être est-ce parce que les altérations anatomiques ont fourni d'abord un maximum de troubles, et que, sans que ces altérations diminuent, leur traduction séméiologique

s'atténue fortement. Tendre à atténuer les troubles de tous genres présentés par les ataxiques malgré que leurs lésions restent incurables, telle est l'indication directrice et véritablement clinique à remplir. **« Guérison clinique, rémission, temps d'arrêt, sont trois incidents possibles dans l'évolution du tabes. »** (GRASSET). C'est pour obtenir l'une ou l'autre des trois améliorations suivantes que la lutte thérapeutique doit être entreprise.

La ligne de conduite en présence d'un tabétique sera donc : 1° de s'efforcer d'enrayer la marche progressive des lésions, en combattant les causes de la maladie et en prévenant les poussées inflammatoires qui précèdent les altérations anatomiques : 2° de rétablir les fonctions troublées de la moelle, sachant bien que les troubles fonctionnels dépassent ordinairement ce que la sclérose des cordons aurait le droit légitime de provoquer ; 3° de soulager les symptômes pénibles ou gênants.

TRAITEMENT. — S'adressant tantôt à l'affection dans sa cause et dans sa marche, tantôt à tel ou tel symptôme, le traitement, général ou symptomatique, du tabes sera de longue haleine, sans résultats parfois, souvent avec des résultats aléatoires, d'autres fois suivi de succès merveilleux, dont le médecin consciencieux se gardera de s'attribuer la gloire.

I. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Ce traitement général visera d'abord la cause du tabes : ce sera la thérapeutique étiologique. Il visera aussi la maladie dans tout son ensemble, afin d'enrayer ses progrès, s'il se peut ; ce sera la thérapeutique pathogénique.

a) THÉRAPEUTIQUE ÉTIOLOGIQUE. — La cause du tabes reconnue ou soupçonnée, on doit au malade d'instituer la thérapeutique étiologique.

1° La syphilis est incriminée. — Les cas, dans lesquels l'ataxie locomotrice est d'origine parasyphilitique, sont le plus grand nombre. Comme, la maladie débutant en moyenne de six à quinze ans après le chancre, l'infection causale est relativement ancienne, comme d'autre part elle ne crée le tabes qu'indirectement et non par son propre virus, on peut se demander s'il y a intérêt à instituer le traitement mixte contre le tabes.

α) Tabes récent. — Ce traitement a fourni quelques résultats encourageants, lorsque la syphilis originelle était de date récente et que la maladie n'était qu'à son tout premier début. Il ne faut cependant rien affirmer, car l'irrégularité d'évolution du mal livré à lui-même ne permet pas de soupçonner ce qu'il eût été sans mercure ni iodure. Cependant, l'emploi de ces remèdes n'offrant nul inconvénient en thèse générale, et le tabes pouvant se compliquer à un moment donné d'accidents purement spécifiques (épilepsie, apoplexie, artérite cérébrale, myélite, etc.), il y a lieu de **mettre en œuvre le traitement mixte**, quand le patient a été mal soigné de sa syphilis, ou n'a jamais subi, pendant son tabes, l'épreuve de ces moyens.

β) Tabes confirmé. — Les meilleurs résultats sont médiocres en ce qui concerne la médication antisyphilitique dans les tabes confirmé. « **Le tabes confirmé, n'a rien à attendre comme guérison de cette médication. Mais dans les cas récents, elle aide la thérapeutique générale et entraîne des rétrocessions et des temps d'arrêt.** » (FOURNIER).

Connaissant l'implacabilité du mal qui surgit, le médecin devra mettre en œuvre cette médication chaque fois qu'il soupçonnera une syphilis possible, c'est-à-dire presque toujours. Il va de soi qu'en cas d'un premier insuccès, on ne tentera pas à nouveau une épreuve inutile.

γ) **Contre indications du traitement antisyphilitique.** — *a*) La cachexie avancée est une contre-indication formelle, mais il est rare qu'un malade à cette période n'ait pas déjà, à un moment donné, subi le traitement antisyphilitique ; *b*) L'intolérance médicamenteuse doit également faire abandonner ce traitement ; *c*) L'atrophie du nerf optique est souvent aggravée par le traitement mixte (DEJERINE). Il devient donc ici un traitement nuisible.

δ) *Mode d'administration.* — Le mercure sera administré par la méthode des frictions ou par celle des injections.

a) Dans le premier cas, le malade fera chaque jour pendant dix jours une friction suivant la méthode ordinaire, avec 4 grammes d'**onguent mercuriel**. Il cessera ensuite ces frictions pendant dix jours, puis recommencera et ainsi de suite pendant cent jours, de manière à pratiquer cinquante frictions ;

b) Les injections seront faites hebdomadairement avec de l'**huile grise**, ou du calomel, ou du benzoate de mercure ou de l'hermophényl. La durée totale du traitement devra être de trois mois, pendant lesquels on fera prendre concommitament de 5 à 10 grammes d'**iodure de potassium** par jour, suivant la formule :

Iodure de potassium................	40 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères....	300 grammes

de trois à cinq cuillerées à bouche par jour.

Pour éviter l'iodisme ou l'influence fâcheuse sur l'estomac qu'une si longue médication entraîne fatalement, les pilules d'iodure Cros dosées sont à recommander. On suspendra au bout de ce temps la médication ou on la continuera suivant qu'on aura apprécié qu'elle a donné ou non des résultats réels.

2° Avec ou sans la syphilis, d'autres causes sont soup-

çonnées. — L'hérédité névropathique et l'arthritisme, malgré le vague de la signification de ces termes nosologiques et les limites indécises de leur domaine pathologique, revendiquent une part, minime et discutable toutefois, dans la genèse du tabes. Le surmenage, au contraire, le refroidissement, les intoxications, le traumatisme avec plus de certitude peuvent hâter l'éclosion des premiers symptômes, appeler la localisation et renforcer la lésion une fois créée. Ce seront là autant de causes à combattre, préventivement ou curativement.

Neuro-arthritisme. — L'arsenal des médications usitées contre le neuro-arthritisme pourra être mis à contribution. Les salicylates, le **salicylate de lithine** spécialement, pourront convenir.

Salicylate de lithine. . . . . . 20 grammes
en vingt paquets ; un paquet au dîner dans un verre d'eau de Vichy ou de Vals ou dans un demi-verre d'eau de Seltz.

L'**arsenic**, si l'on y a recours, sera donné sous forme de liqueur de Fowler, une dizaine de gouttes par jour, d'arséniate de soude, de cacodylate de soude, de méthylarsinate de soude disodique, etc.

Surmenage, intoxication, etc. — Neuro-arthritique ou non, l'hygiène de l'ataxique est souvent vicieuse ; il se surmène ou s'est surmené ; il s'intoxique ou s'est intoxiqué ; ce sera de la thérapeutique étiologique que de réformer son hygiène dans le sens suivant.

Hygiène de l'ataxique. — L'ataxique mènera une **vie tranquille**, exempte de soucis, autant que faire se pourra. Cette vie sera réglée, tant pour les heures de sommeil que pour l'alimentation. La **campagne** constituera pour lui le meilleur séjour, car il y pourra prendre un certain exercice et y trouver un calme moral qui, pour une raison ou une autre, lui manquerait dans les grandes villes. De cette façon, il évitera le surmenage soit physique, soit sensoriel, soit moral, soit intellectuel, causes indéniables d'aggravation du tabes.

Les excès génitaux pouvant constituer un sérieux danger, seront nettement déconseillés.

On veillera aux intoxications de toutes catégories : **ni alcool, ni tabac, ni excitants** caféiques ; quant aux toxines alimentaires, les légumes, les viandes bien cuites, le lait, etc., un régime dépourvu de ces toxines en un mot sera conseillé. Comme « **l'alimentation doit fournir aux scléreux le moins de poison possible**, parce que ces poisons sont la cause de nouvelles poussées scléreuses et que la sclérose envahit souvent les organes éliminateurs ou destructeurs comme le rein ou le foie, ce qui accroît notablement la nocivité des produits toxiques développés dans le tube digestif » GRASSET, on devra, en conséquence, défendre le gibier et les viandes faisandées, les conserves, les fromages, etc., quelquefois même en venir, pour un temps, au régime lacté intégral.

Il est nécessaire d'éviter la constipation, et l'antisepsie du tube digestif peut faire céder des douleurs relevant de névrites autotoxiques au cours du tabes. On trouvera aisément des **laxatifs** convenables, mais il faut compter le **salol** et le benzo-naphtol parmi les antiseptiques intestinaux efficaces dans ce cas.

Les cures thermales, dont la plus efficace est sans conteste celle de **Lamalou** (Hérault), rendent de réels services : Balaruc (Hérault), Uriage (Isère), Plombières (Vosges), Teplitz (Bohême), sont parmi les principales stations, où des tabétiques peuvent être envoyés.

Enfin, on ne négligera pas d'ordonner quelques **bains sulfureux**, dont l'action générale n'est pas négligeable.

B) THÉRAPEUTIQUE PATHOGÉNIQUE. — Cette partie du traitement se donne pour but de retarder la marche envahissante de la sclérose des cordons postérieurs, qui, sans être la seule lésion, est cependant la lésion capitale.

1° Le régime étant suivi comme il a été dit, on doit s'adresser aux médicaments altérants, dont il est indispensable de savoir se servir. Comme avec ces médicaments la gastrite médicamenteuse est beaucoup plus à craindre qu'avec d'autres, **on n'accablera pas le malade de médicaments, et on ne prolongera pas leur emploi.**

On peut donner le **nitrate d'argent** cristallisé, administré sous forme de pilules en mie de pain ou en argile d'un centigramme, à raison de trois au maximum dans les vingt-quatre heures. On peut préférer les injections hypodermiques de **chlorure d'or** ; c'est alors deux milligrammes environ qu'il faut injecter trois à quatre fois par semaine. Notre préférence va à l'**ergot de seigle** qui combat avec succès la fluxion médullaire lors des poussées inflammatoires. Nous le formulons ainsi :

Seigle ergoté fraîchement pulvérisé......... . 0 gr. 30
pour un cachet. Prendre un cachet par jour pendant une semaine.

L'ergotine aux doses habituelles peut, du reste, le remplacer.

L'iode, sous toutes ses formes, est des plus recommandables. Dix à quinze gouttes de **teinture d'iode**, diluée dans de l'eau, ou mieux un gramme d'**iodure de potassium** ou de sodium, à prendre en deux fois, seraient les composés à employer. Les formes pharmaceutiques nouvelles, la benzoiodhydrine Bruel à raison de 3 pilules par jour, l'iodalose Galbrun à raison de trente gouttes par jour, peuvent avantageusement les remplacer.

2° Tout ceci combattra la tendance scléreuse générale du sujet, avec retentissement sur la localisation médullaire de la sclérose. Mais un traitement plus direct peut être essayé.

Le procédé de Motschutkowsky, la **suspension** du

patient, est un traitement spécial qui n'a d'action qu'à la condition d'être continué fort longtemps. Il vise théoriquement à amener par l'élongation de la moelle, l'excitation des tubes nerveux lésés ou inhibés. A notre sens, **la suspension a surtout une action suggestive sur le tabétique.** Comme elle présente quelques dangers pour le patient il faudra se souvenir que l'artériosclérose, les lésions du cœur, du rein ou du poumon contrindiquent son emploi. Par crainte de mort subite, de paralysies, de convulsions, de syncopes, etc., la suspension sera faite par le médecin ou en présence d'un médecin ; elle ne durera que deux à cinq minutes, et aura lieu tous les deux ou trois jours. On peut la continuer durant des années.

Pour pratiquer la suspension, l'appareil de Sayre, est le plus facile à se procurer. Celui de Sprimon est également excellent : avec celui ci le malade demeure assis et il est tiré par les coudes, la nuque et le menton ; on fait varier à volonté les poids extenseurs.

On arrêtera net les séances en cas d'aggravation des symptômes, de marche aiguë des accidents médullaires ou de troubles circulatoires de divers ordres. Les douleurs fulgurantes peuvent assurément disparaître par ce moyen, ainsi que l'incoordination, les troubles vésicaux, les altérations de la vue, etc. Bien que Bondet en fasse une méthode de choix, la marche des symptômes du tabes livré à lui-même est si variable, que nous croyons fermement que la suggestion en constitue la base.

3° **L'élongation de la moelle** sans suspension se pratique actuellement à l'aide de l'appareil de Gilles de la Tourette et Chipault. Le tabétique est assis, les jambes étendues, sur une planche et, dans cette position, on opère la flexion forcée du tronc. Si on désire se dispenser de l'appareil, on placera simplement le malade à plat sur une table et, tout en fléchissant la tête, on saisira les jambes qu'on pliera jusqu'à ce que les genoux viennent à toucher le front. On fixera avec une serviette ou une courroie le malade dans cette position pendant environ cinq minutes.

L'**élongation des nerfs est à rejeter** et nous n'en parlons point. La **galvanisation de la moelle**, au contraire, mérite d'être préconisée pour les résultats encourageants qu'elle paraît avoir fournis. Si on la met en œuvre, tous les deux jours, une séance de vingt minutes aura lieu, dans laquelle des **courants continus** tantôt descendants, tantôt ascendants de dix à quinze milliampères seront appliqués a priori le long du rachis.

4° **Il ne faut pas renoncer à la révulsion.** Les pointes de feu et les vésicatoires interviendront quand les douleurs augmenteront ou que la motilité des membres inférieurs et le jeu des sphincters viendront à être compromis. On mettra donc, deux fois par mois, une série de **pointes de feu** le long de la colonne vertébrale, d'autres fois, le long des membres inférieurs. On se servira très discrètement des **emplâtres vésicants** ; d'autres fois, on préférera des **pédiluves froids** d'une minute. Bref, en variant les moyens, on obtiendra souvent, avec la révulsion, des améliorations non douteuses.

II. TRAITEMENT DES SYMPTOMES. — Les symptômes et accidents réclamant d'urgence une thérapeutique active ne manquent pas dans le tabes confirmé et dans la période cachectique. C'est plus souvent contre ces symptômes et accidents que lors des traitements étiologiques et pathogéniques, que le praticien sera appelé à intervenir.

1) **Douleurs fulgurantes.** — *a) Douleurs fulgurantes vulgaires.* — L'intensité et la durée des douleurs fulgurantes chez nombre de tabétiques obligent le médecin à bien connaître ce qu'il peut contre ces manifestations parfois terribles.

α) *Moyens externes.* — Qu'elle soit faite sur la colonne vertébrale ou sur les jambes, la **cautérisation ignée** est la première médication à utiliser. Après elle, il faut penser aux **pulvérisations d'éther** ou de chlorure de méthyle dans les mêmes régions. Enfin la **glace** appliquée sur le rachis ne sera pas oubliée.

Des **bains de pieds très chauds**, aux environs de cinquante degrés, peuvent calmer les lancées dans les jambes. Dans le même ordre d'idées, les douleurs vésicorectales s'amendent par les **grands lavements chauds**, aussi chauds qu'on peut les supporter.

Les onctions chloroformées loco dolenti ne soulagent guère les patients. L'**électrisation** est plus efficace, qu'on ait recours à la faradisation au pinceau où à la galvanisation. Dans ce dernier cas, faites passer un courant de 10 milliampères pendant un quart d'heure dans le tronc nerveux, siège des élancements.

β) *Médicaments.* — Parmi les centaines de médicaments qui ont été employés contre la douleur chez le tabétique, l'injection de **morphine** demeure la véritable panacée, mais conduit fatalement à la morphinomanie. Les doses varient du reste avec les sujets pour obtenir la sédation, même dès une première médication par ce moyen. Parmi les opiacés, l'**extrait d'opium** per os, le **laudanum** en lavement, l'**héroïne** par voie sous-cutanée viennent ensuite. L'héroïne, qui n'entraîne pas l'accoutumance aussi facilement que la morphine, se prescrit à des doses moitié moindres que celle-ci ; on fera donc des piqûres d'un demi-centigramme.

La **santonine**, à la dose unique de quinze centigrammes par jour, est un moyen fréquemment efficace, pour

calmer rapidement les douleurs fulgurantes et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec des doses moindres, de cinq à dix centigrammes par jour ; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des troubles gastriques peuvent en être la conséquence, si l'on prétend combattre la série des accès. Dès que le malade se plaint de voir jaune, il faut suspendre l'emploi de la santonine. Celle-ci s'administre en pilules.

Si l'on a recours à l'action analgésique de l'**antipyrine**, qui est d'ailleurs des plus marquées pendant un certain temps, les doses devront sans crainte être portées à trois et cinq grammes dans la journée, faute de quoi elle n'amènerait aucun soulagement. La formule suivante est à signaler tout spécialement :

Antipyrine ... Phénacétine ... Acétanilide ...	ãã o gramme 15

en un cachet. Un cachet d'heure en heure, pendant quatre heures, puis toutes les deux heures, jusqu'à la sédation de la crise douloureuse.

Il ne convient pas de s'attarder à donner de la phénacétine, de l'acétanilide, pas plus du reste que de l'**exalgine**, qui s'emploie par cachets de vingt-cinq centigrammes, trois à cinq au maximum. La cyanose qui est à craindre avec ces médicaments doit être évitée et, à peine constatée, il est urgent de suspendre ces médicaments.

On sera circonspect avec l'**aconitine cristallisée**, médicament dangereux, dont chaque granule ne doit pas être dosé à plus d'un dixième de milligramme. On en donnera, suivant tolérance, au plus un demi-milligramme, c'est-à-dire cinq granules au maximum, en plusieurs fois ; et encore n'en faut-il pas prolonger l'emploi.

Les **bromures** ont parfois d'heureux effets, ainsi que la **cocaïne**. De cette dernière, on donnera, si on croit devoir s'adresser à elle, trois à quatre centigrammes dans une potion, la suivante par exemple :

Chlorhydrate de cocaïne ...	10 centigrammes
Sirop de fleurs d'oranger ...	150 grammes

une cuillerée à bouche renferme un centigramme de principe actif.

Cette formule est recommandable tant pour les douleurs des membres inférieurs que pour les crises gastriques.

b) *Crises gastriques.* — Les crises gastriques méritent toute attention, car elles sont parfois atroces. Dès leur apparition, nous avons coutume de mettre le patient au **repos absolu** et au **régime lacté**. Le lait est pris froid ou glacé ; s'il n'est pas supporté, on donne simplement des fragments de glace à sucer au malade. En même temps, administration par cuillerées de demi-heure en demi-heure de la potion :

Chlorhydrate de cocaïne ... Codéine ...	ãã 5 centigrammes
Eau de chaux ...	250 grammes

ou, si c'est nécessaire, de la **potion de Rivière**, ou d'**eau chloroformée**.

Quand le mieux commence à se dessiner, l'alimentation est reprise avec des œufs, des purées de légumes, des viandes bouillies, des eaux alcalines. A cette période, le bicarbonate de soude aux repas est un utile adjuvant. On en fera prendre de deux à quatre grammes par jour.

Des lavements dans le but d'empêcher la coprostase, cause de prolongation de la crise, seront aussi ordonnés. Pendant la crise gastrique, l'application au creux épigastrique de **compresses humides très chaudes** ou de compresses imbibées de chloroforme ne sera pas négligée.

La galvanisation avec une large électrode à l'épigastre et sur le ventre, dans la région des plexus cœliaque, mésentérique et aortique, soulagerait aussi le malade : mais cette thérapeutique, si elle est efficace, n'est guère pratique.

Le bromidia, dont la formule a été donnée ailleurs (v. Alcoolisme aigu), est également une arme utile contre les crises gastriques, lorsqu'on ne veut pas avoir recours au moyen héroïque qu'est l'injection hypodermique de morphine. Malheureusement, très souvent c'est à elle qu'on s'adressera ; et même on y adjoindra l'ingestion de plusieurs cuillerées à soupe de **chloral bromuré**, dont voici une formule :

Bromure de potassium ...	5 grammes
Hydrate de chloral ...	2 gr. 50
Sirop de fleurs d'oranger ...	100 grammes
Eau ...	200 grammes

Très vanté a été l'**oxalate de cérium**, pour lequel nous n'avons point d'expérience. Les doses doivent varier de cinq à quinze centigrammes trois ou quatre fois pro die pour ce médicament. **Sans effet ou dangereuses** sont la rachicocaïnisation et l'injection épidurale de cocaïne.

2) Troubles de la sensibilité objective. — Les anasthésies et analgésies cutanées, articulaires et musculaires, causent aux tabétiques des ennuis, qu'il convient d'atténuer dans la mesure la plus grande possible. Les grands **bains** tièdes simples, les bains sulfureux ou aromatiques, les **frictions** du tégument avec l'alcool camphré, le baume de Fiovarenti, le liniment de Rosen, etc., viendront à bout de ces troubles, mais toujours pour une période de temps relativement courte. Le **massage** de la peau (effleurage, percussions et frictions légères) aidera au réveil de la sensibilité cutanée.

3) Troubles oculaires. — Le plus sérieux des troubles oculaires du tabes, l'atrophie optique, nous paraît franchement incurable. **La strychnine, le traitement électrique, les cyanures d'argent, de platine en injections, sont sans résultats sérieux.** Galezowski préconise pourtant des injections quotidiennes de

{ Cyanure d'or et de potassium........ o gr. 20
{ Eau bouillie........................ 10 grammes

à raison de cinq gouttes d'abord ; on augmente d'une goutte par jour, jusqu'à quinze, pour redescendre ensuite. On y aura recours, mais sans enthousiasme.

4) Troubles de la vessie et du rectum. — Contre le bégaiement de la vessie, contre la rétention, contre les paralysies du sphincter, en même temps qu'un traitement palliatif local, nous employons le **seigle ergoté**, dont le mode d'administration a été dit plus haut. Quant à la **strychnine,** comme elle peut être dangereuse, quelques milligrammes seulement seront formulés, si l'on veut éviter des mécomptes. La **suspension** paraît agir efficacement contre les troubles de la vessie Les **eaux minérales**, et spécialement la cure de Lamalou, vaudront encore mieux que tout le reste. En cas d'insuccès, adressez vous à la **faradisation** de la vessie, un pôle placé dans le rectum, l'autre à la racine de la verge.

5) Troubles trophiques. — Paralysies, arthropathies, maux perforants sont les plus fréquents des troubles trophiques.

a) Les paralysies véritables avec amyotrophie ont tout à gagner **à un massage** méthodiquement appliqué. Ajoutez y l'**électrisation** et les grands **bains salés.**

b) Les arthropathies, une fois établies, restent généralement ce qu'elles sont, quoi qu'on puisse faire. Toutefois, à l'exemple de Teissier, on pourra appliquer sur les jointures atteintes une pommade au **dermatol**. On recommandera l'enroulement d'une bande de flanelle et une genouillère, s'il s'agit de l'articulation fémoro-tibiale de manière à **empêcher les entorses** si faciles à survenir. Toutes sortes **d'appareils orthopédiques** conviendront pour maintenir le membre dévié. Dans des cas rares, le chirurgien devra intervenir pour réséquer la jointure.

c) Les maux perforants nécessitent le **repos complet** et une **antisepsie rigoureuse**. L'élongation des nerfs plantaires est encore à l'étude.

6) Crises laryngées. — Cet incident dramatique exige une thérapeutique immédiate. Les crises laryngées s'amendent d'ordinaire par l'emploi de **compresses très chaudes** mises sur la région cervicale. La **trachéotomie** ou le **tubage** sont l'ultime ressource quand le spasme glottique menace immédiatement la vie.

7) Hystérie surajoutée. — Dans le traitement du tabes il ne faut pas négliger l'hystérie surajoutée.

« Des symptômes comme l'anesthésie, l'hyperesthésie, les phénomènes de paresthésie, les paralysies des muscles de l'œil, l'incoordination motrice, s'établissent et se dissipent du jour au lendemain, reviennent, se déplacent, s'aggravent et s'améliorent, pour de nouveau disparaître, tandis que le processus spinal, qu'on a la prétention de rendre responsable de toutes les manifestations du tabes, suit une marche résolument progressive et gagne sans cesse en étendue » (Raymond). C'est que l'évolution de nombre de symptômes du tabes est dominée par l'élément névrosique.

La suggestion, sous toutes ses formes, constituera donc une grande part de la thérapeutique, qu'elle se fasse par par l'hypnotisme, par la suggestion médicamenteuse, par le traitement moral, etc. Beaucoup de médications soi-disant toutes puissantes n'ont d'autre base que la suggestibilité du tabétique et de son médecin. Ce n'est pas une raison, loin de là, pour rejeter pareil moyen d'action ; mais il est impossible de signaler les moyens suggestifs à mettre en œuvre : ils varieront suivant chaque cas. Au clinicien de les produire au moment indiqué.

8) Dépression générale et cachexie progressive. — Ces deux états correspondent classiquement à des périodes différentes du mal. Toutefois, l'indication de la dépression des forces est permanente et, la cachexie confirmée exceptée, doit préoccuper sans cesse le médecin.

L'hydrothérapie répond tout spécialement du reste à cette indication, mais une certaine hydrothérapie. En effet, **les douches froides sont d'un effet détestable pour les ataxiques**. Elles risquent surtout de provoquer des douleurs et cela seul suffit à les faire rejeter. Mais les **douches tièdes** répétées sont des plus recommandables, surtout en cas de névrites multiples surajoutées. Au reste, **l'hydrothérapie la moins compliquée** sera la **meilleure** : bains chauds, douches tièdes simples, sans pression.

L'asthénie de ces malades est aussi beaucoup améliorée par le **phosphore.** Employez l'huile phosphorée en capsules contenant un milligramme de phosphore ou des granules de phosphure de zinc à cinq milligrammes. Donnez d'abord une pilule ou capsule, puis augmentez jusqu'à atteindre dix par jour pendant trois jours. Suspendez alors le traitement pour y revenir bientôt. Autant que possible, **que le phosphore soit pris aux repas** pour éviter l'odeur aliacée de l'haleine.

Si vous craignez l'usage prolongé du phosphore, adressez-vous aux **glycérophosphates.** La spécialisation des glycérophosphates est aux mains de nombreux producteurs. Choisissez parmi les maisons les plus recommandables, Prunier, Freyssinge, Jacquemaire, Robin, Moncour, etc. Donnez en deux grammes par la bouche quotidiennement ou injectez deux grammes d'une solution aqueuse de glycérophosphate de soude au quart, pendant un mois.

La **lécithine** vous donnera peut-être de meilleurs résultats. Là encore, vous n'aurez que l'embarras du

choix pour la préparation, en granulés si la voie buccale est préférée, en solution huileuse si l'on s'arrête à l'injection hypodermique ; Clin, Rabot, Vacheron, etc., sont parmi les meilleures préparations.

Tous les **reconstituants** : vin de quinquina, teinture de kola, etc., sont à prescrire. Mais, à ce point de vue, **mieux vaut l'injection de sérum artificiel**. On injectera quotidiennement par série de dix jours 30 centimètres cubes d'eau bouillie salée à 7 pour mille au plus. On aura également recours avec succès au sérum de Ballet :

Phosphate de soude	3 grammes
Sulfate de soude	2 grammes
Chlorure de sodium	1 gramme
Acide phénique neigeux	0 gr. 50
Eau	100 cent. cubes

à injecter par dix centimètres cubes quotidiennement.

9) Incoordination motrice. — L'ataxie, le symptôme le plus révélateur du tabes, est aussi le plus gênant pour les actes de la vie ordinaire. Aussi les tabétiques aspirent-ils à l'atténuer, et même à le faire disparaître. La méthode de Fraenkel, utilisée depuis 1890, seule peut prétendre à une quasi-guérison.

Méthode de Fraenkel. — Chez le tabétique, les troubles de transmission des impressions périphériques entravent l'automatisme cérébral et celui des centres sous-jacents, d'où l'incoordination motrice ; d'autre part, les impressions visuelles sont susceptibles de suppléer les impressions relevant de la sensibilité générale. Telles sont les notions à la base de la méthode de Fraenkel.

Cette méthode consiste à rééduquer les mouvements, en faisant exécuter au commandement, d'abord des mouvements simples, puis des mouvements complexes que le malade surveille par la vue. Les résultats de la méthode sérieusement appliquée peuvent être surprenants. **Il est nécessaire d'appliquer la méthode au moins pendant un mois avant de porter un jugement sur ses résultats, car elle n'en donne pas constamment.** La neurasthénie, la dépression morale les empêche souvent de se produire. En outre, l'hypotonie très accentuée, les douleurs, les arthropathies, les troubles intellectuels sont autant de contre-indications à son emploi.

On doit enseigner au sujet les mouvements les plus simples qu'il ne sait plus exécuter. Les exercices doivent se faire lentement et régulièrement. Le malade reste d'abord au lit, et on lui ordonne de faire des contractions de muscles isolés. Petit à petit, comme s'il s'agissait d'un enfant, en agissant quotidiennement pendant une demi-heure, on arrive à apprendre à l'ataxique à marcher, à tourner, à monter un escalier.

Pour l'incoordination des membres inférieurs, on fait étendre le malade sur le dos et il exécute au commandement des mouvements simples d'extension, de flexion, d'abduction, d'adduction avec un pied, puis avec l'autre, puis avec les deux. Puis, flexion et extension des jambes et des cuisses, dans le même ordre. Quand, après plusieurs séances, on est arrivé à faire exécuter ces mouvements, on fait s'asseoir et se relever lentement le sujet, sans appui. Plus tard, on tâche de le faire rester debout, en écartant les pieds plus ou moins, à s'incliner en avant ou en arrière, à fléchir les genoux, à se tenir sur une jambe, etc. On en vient par la suite à le faire marcher. On s'efforce enfin de lui faire suivre une ligne droite, à tourner, à faire en quelque sorte l'exercice.

Même méthode pour l'ataxie des membres supérieurs, mais ici avec ou sans l'aide d'appareils variés imaginés par Frenkel qui, d'ailleurs, ne sont point indispensables. Le sujet doit toucher avec tel ou tel doigt, tel ou tel point d'une carte ; placer d'emblée l'index sur une boule dont on fait varier la position. Il s'agit de lui rendre de la précision dans ses mouvements et **tout réussit, dans ce but, si l'on ne perd pas patience** et si l'on est convaincu de l'excellence de la méthode.

L'incoordination tabétique n'a rien à attendre du massage

10) Période d'impotence. — Lorsque l'ataxique est confiné au lit, c'est pour lui la pire des choses, car le gâtisme et les eschares vont venir. Pour éviter l'alitement, on a construit des chariots qui permettent la marche jusqu'à l'ultime déchéance. Quand le lit sera devenu indispensable, on veillera à la rétention d'urine, on pansera les eschares, on sondera le patient avec une stricte antisepsie. C'est alors le traitement habituel des grands paralytiques.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 mai 1903

Présidence de M. Combemale

Un cas de narcolepsie

M. **G. Gérard** présente un tourneur en fer, âgé d'une cinquantaine d'années, qui, depuis trois ans, a une tendance invincible au sommeil et s'endort en plein travail. Actuellement, il offre un œdème mou des membres inférieurs et, de plus, a une laryngite qui entraîne une dysphonie marquée. Il n'est ni diabétique, ni albuminurique. Pas d'antécédents morbides héréditaires ni personnels. L'hystérie ne paraît pas être en jeu, bien qu'elle soit une cause fréquente de ce genre de sommeil.

Fibrome de la paroi abdominale

M. **Drucbert** montre un fibrome de la paroi abdominale enlevé chez une femme de vingt-et-un ans (*sera publié*).

M. **Charmeil** demande si, dans les ruptures musculaires siégeant ailleurs qu'à la paroi abdominale, on voit se pro-

duire des fibromes analogues, suivant la pathogénie qui vient d'être invoquée.

M. **Drucbert** rappelle les ostéomes des cavaliers qui sont consécutifs aux ruptures des adducteurs.

M. **Le Fort** dit que ces fibromes n'apparaissent pas dans les ruptures musculaires siégeant ailleurs qu'à la paroi abdominale. Il a enlevé un de ces fibromes pariétaux et pense que la théorie de Guinard explique leur production. La région de l'abdomen est celle où se développent le plus facilement tous les fibromes.

M. **Drucbert** fait remarquer que les fibromes de la paroi abdominale peuvent siéger très haut, près du rebord costal, et que, si on invoque leur production aux dépens du ligament rond, c'est à cause de leur fréquence dans le sexe féminin, mais ils peuvent se rencontrer chez l'homme.

M. **G. Gérard** dit que les fibres du ligament rond sont striées.

M. **Le Fort** répond que Delbet et Herescso écrivent que le fibro-myome du ligament rond provient des fibres lisses de ce ligament.

Propriétés immunisantes du sérum d'un malade ayant eu le tétanos.

MM. **Le Fort** et **Gontier de la Roche** lisent un travail sous ce titre (*sera publié*).

Coup de couteau dans la région cardiaque. Plaie pénétrante de la plèvre, du péricarde et du péritoine. Résection de l'épiploon dans le péricarde ; suture du centre phrénique. Mort.

M. **Le Fort** relate une observation sous ce titre. (*Sera publié*).

M. **Lambret** insiste sur la difficulté qu'il y a à réintégrer dans l'abdomen les viscères qui ont passé dans le thorax à travers une plaie du diaphragme.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, par le professeur E. Ziegler, traduction et annotations par les docteurs Augier, de Lille, et van Ermenghem, de Gand. Bruxelles, *Manceaux*, 1903.

Depuis 22 ans, le professeur d'anatomie pathologique de Fribourg ne cesse de mettre au courant en dix éditions successives, l'ouvrage, dont la notoriété est européenne et dont la valeur scientifique est réelle. Ecrit en langue allemande, cet ouvrage jouissait bien parmi les anatomo-pathologistes français d'une faveur marquée, mais n'était pas consulté comme il le devait ; il ne se répandait pas. Deux anatomo-pathologistes, l'un français, l'autre belge se sont imposé la besogne ingrate de traduire ce traité remarquable. Après plusieurs années d'un labeur soutenu, ils présentent aujourd'hui au public leur traduction : le premier volume, paru voici quelques années, est épuisé et déjà réédité ; c'est dire si l'idée de la traduction a été appréciée et si le succès attend le second volume.

Ce second volume se recommande du reste comme son devancier par la précision et l'appropriation des termes de la traduction, et aussi par des annotations succinctes, mais bien choisies et des indications bibliographiques, où contrairement à l'habitude, la place n'a pas été faite, restreinte et honteuse aux travaux français.

Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les gaietés médicales du feuilleton

Nous avons jadis signalé à nos lecteurs une trépanation tout à fait réjouissante cueillie dans le feuilleton d'un des journaux de Lille. Voici, dans le roman de feu Xavier de Montépin intitulé *La belle policière*, une scène d'assassinat qui est d'une pathologie non moins extraordinaire.

Un jeune gommeux, qui est d'ailleurs une sombre canaille, veut supprimer une pauvre horizontale dont il craint des indiscrétions pouvant le conduire à la guillotine. Oyez comme il s'y prend :

> Octavie, fatiguée par les émotions qu'elle avait subies, s'assoupit peu à peu.
> Ses paupières battirent, sa tête roula d'une épaule à l'autre, puis se pencha sur sa poitrine ; ses yeux se fermèrent ; elle dormait d'un profond sommeil.
> — Voici le moment... pensa Maurice en prenant son portefeuille.
> Il en sortit la gaine de cuir de Russie, d'où il tira l'*aiguille d'or*.
> Ensuite, passant derrière la chauffeuse, il se pencha vers Octavie, écouta sa respiration, approcha la pointe de l'aiguille de la nuque découverte par la position de la tête et par les cheveux relevés très haut, *chercha légèrement du bout du doigt les points de jonction de deux vertèbres* et, les ayant trouvés, enfonça d'un coup brusque l'aiguille dans la chair, où elle entra tout entière et disparut sans faire jaillir une goutte de sang.
> Octavie n'ouvrit même pas les yeux.
> Un faible tremblement secoua son corps.
> Ce fut tout.
> *L'aiguille d'or, passant entre les vertèbres, avait touché le cerveau, amenant la mort foudroyante.*
> Ni souffrance, ni agonie, — rien, pas même un soupir.
> (*Écho du Nord* du 17 mai).

Voyez-vous cette aiguille d'*or* (pourquoi d'*or* ? je ne sais, mais ce métal fait bien) ; pénétrant droit entre deux apophyses cervicales (pas maladroit l'assassin, ce n'est pas lui qui raterait jamais une jonction lombaire) ; et allant toucher... le cerveau ! Et alors, le cerveau étant *touché*, Pan ! la mort foudroyante.

Et dire qu'il y aura beaucoup de lecteurs qui croiront que c'est comme çà que les choses se passent !...



MOTS DE LA FIN

Le client, retiré des affaires après fortune faite :
— Docteur, ne pensez-vous pas que l'antipyrine me ferait du bien.
Le docteur, très éminent : — Vous n'y songez pas. L'antipyrine tarit la sécrétion urinaire, elle ferme le rein.
Le client : — Ah ! je comprends, c'est de l'antipipi.

(*Lyon Médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs F.-S. Claude, L.-A. Garnier (de Paris) ; Callamand (de Saint-Mandé) ; Gaziglia (de Nice) ; Guillaumet (d'Amiens) ; Stéphann (d'Alger) ; Vals (de Baixas) ; Couteaud, médecin de la marine ; Mme Castelli, docteur en médecine à Nice.

Académie. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Dantan, C.-J. Ferrand, L.-J.-B. Garrigue, Lansac, Le Bayon, Le Grix, Marrel, Millot (de Paris) ; André (de Marseille) ; Barbé (d'Afreville) ; Belous (de Miribel) ; Bories (d'Arzew) ; Bosc (de Sétif) ; Charpenel (de Narbonne) ; Chassaigne (de Duvivier) ; Chevalier-Lavaure (d'Auch) ; Cloquet (de Boulogne-sur-Seine) ; Crinquant (de Tébessa) ; Cros (de Marseille) ; Escudié (d'Aïn-el-Hadjar) ; Fournier (de Châteaudun-de-Rhumel) ; Gallet (de Constantine) ; Gouvert (de Jemmapes) ; Guigon (de Constantine) ; Héritier (de Belley) ; Martin (d'Alger) ; Martin (de Bruges) ; Maurin (de Sidi-bel-Abbès) ; Morsly (de Constantine) ; Pauc (de Lézignan) ; C. Rougé (de Limoux) ; Sepet (de Marseille) ; Veper (des Lilas) ; Vivien (de Vienne) ; Wendling (de La Maison-Carrée) ; Billet, Troussaint, médecins militaires ; Maurin, médecin de la marine.

Notre Carnet

Le docteur Eugène Baude, de Bapaume (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille Marguerite-Marie. Nous lui adressons nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

20e Semaine, du 10 au 16 Mai 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	3	3
3 mois à un an	10	3
1 an à 2 ans	1	3
2 à 5 ans	3	4
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	8	5
60 à 80 ans	8	7
80 ans et au-dessus	1	3
Total	42	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	6	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	1	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	3	1	»	»	»	»	3	12	12
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	1	»	»	1	»	1	»	»	»	4	10	14
Wazemmes, 36,782 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	4	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	7	20	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	7	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	3	2	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	1	10	5
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	5	»	»	»	2	»	1	11	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Total	»	2	1	1	»	2	»	6	11	»	9	»	»	15	1	1	1	2	»	25	81	105

Septième Année. N° 22. Le Numéro : **10** centimes 31 Mai 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). **128, Boulevard de la Liberté, Lille.**

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

Hernies étranglées réduites en bloc

Service de M. le professeur **Folet**

Cet accident des hernies étranglées, peu commun, était autrefois presque toujours mortel. Il guérit parfois aujourd'hui, grâce à des interventions hardies ; lorsqu'il se produit en des milieux où ces interventions sont faisables. En voici, par exemple, un cas qui a donné lieu huit jours durant à des accidents d'occlusion et a été au bout de ce temps diagnostiqué par une laparotomie exploratrice, puis heureusement guéri par une kélotomie inguinale.

Observation *recueillie par* M. de Chabert, *interne du service* — C... Henri, de Deûlémont, 34 ans, entre le lundi 9 mars, à 9 heures du matin, dans le service de la clinique chirurgicale, salle St-Jean, n° 15. Il arrive au moment de la visite, envoyé par son médecin.

Il vient à pied à l'hôpital et ne paraît pas malade outre mesure. Cependant, son pouls est petit et faible et bat 100 à la minute.

A l'interrogatoire qu'on lui fait subir on obtient des renseignements précis : absence de selles et de gaz depuis au moins huit jours. Vomissements porracés et fécaloïdes depuis huit jours également. A l'examen, le ventre est tendu et douloureux, et présente du ballonnement péri-ombilical. Météorisme très marqué dans cette zone. Un peu d'empâtement très douteux dans la fosse iliaque droite (appendicite ?) On diagnostique : occlusion intestinale, sans rien préjuger de la cause des accidents. Le seul renseignement intéressant que nous donne le malade est que ces accidents coïncident à peu près avec la rentrée d'une hernie inguinale droite, sur laquelle du reste *il n'aurait été fait, ni par le médecin, ni par le malade, aucun effort de taxis.* Interrogé à plusieurs reprises sur ce point, le malade est très affirmatif. Les orifices inguinaux et cruraux sont absolument normaux des deux côtés.

M. le professeur Folet procède sur le champ à la laparotomie d'urgence. A l'ouverture de l'abdomen, écoulement d'une quantité appréciable de liquide citrin ; quantité telle que l'on émet d'abord l'opinion qu'il pourrait s'agir d'une péritonite bacillaire. Mais l'exploration de l'abdomen, faite par la plaie, permet bientôt de reconnaître une masse dure ovoïde, au niveau de la région inguinale droite, masse qui se trouve fixée en dehors du péritoine, entre le péritoine et la fosse iliaque. Deux bouts d'intestin grêle, parallèles, en canons de fusil double, s'engagent dans cette masse, par un orifice jusqu'à l'entrée duquel le doigt les suit et dont on ne peut les dégager. Il s'agit d'une hernie inguinale réduite en masse dans le tissu

cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, selon le schéma ci-joint :

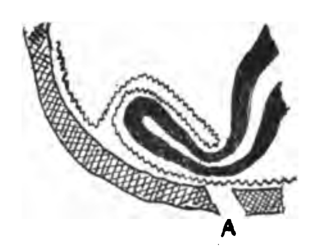


Schéma : L'hémi-paroi abdominale est représentée en quadrillé (canal inguinal en A). L'anse intestinale herniée en noir plein. La ligne ondulée figure le péritoine.

Comme l'intestin enfermé dans le sac et étranglé depuis six ou huit jours, peut être très malade, M. Folet juge prudent de l'aborder non par l'abdomen ouvert mais par le dehors du ventre.

Pour ce faire, la plaie laparotomique étant, provisoirement fermée par des pinces de Museux, on arrive directement par une incision faite à deux centimètres au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à elle,sur un sac herniaire, gros comme un œuf. Le sac ouvert montre une anse grêle étranglée au niveau du collet du sac. La paroi intestinale semble saine, sauf un endroit suspect que l'on enfouit par deux points de suture séro-séreuse. Ablation du sac et cure radicale de la hernie.

Fermeture de la plaie abdominale médiane. Difficulté d'affronter les deux lèvres du péritoine au niveau de la ligne blanche, la partie correspondante du péritoine pariétal ayant été très tiraillée par l'ablation du sac herniaire réséqué. On laisse à l'extrémité inférieure de la ligne d'incision sous-ombilicale un drain entouré de gaze. Réunion aux griffes de Michel.

Les suites opératoires ont été excellentes. L'opération a duré une bonne demi-heure. Le malade est remonté par deux injections de sérum de 500 c. c., l'une pratiquée à midi,l'autre à quatre heures du soir.

Le soir même de l'opération la température est de 37°8, le pouls à 84.

Le 10 mars, le matin, température 37°6, pouls 96 ; le soir, température 37°8, pouls 92.

Le 11 mars, le matin, température 38°2, pouls 96 ; le soir, température 38°5, pouls 100.

Le 12 mars, le matin, température 37°5, pouls 96 ; le soir, température 38°, pouls 96.

Le 13 mars, le matin, température 37°6, pouls 84 ; le soir, température 37°5, pouls 88.

Le 14 mars, le matin, température 37°5, pouls 88 ; le soir, température 37°, pouls 80.

Le deuxième jour, le pansement est renouvelé. Le gros drain est remplacé par un drain plus court. Suintement abondant par la plaie abdominale, mais l'état général est excellent et le malade va de mieux en mieux. Il est sorti de l'hôpital fin mars.

Somme toute, voici comment on peut reconstituer rétrospectivement l'histoire de ce malade.

Cet homme était porteur, depuis environ quatre ans, d'une hernie inguinale pas très volumineuse. Déjà il a eu quelques alertes pendant les années précédentes, alertes au cours desquelles sont apparues des coliques violentes accompagnées de vomissements. Elles ne duraient en général que deux ou trois jours ; une pourtant a duré près de huit jours. Mais elles se terminèrent spontanément Le malade, qui exerce le métier fatigant de briquetier, portait constamment un bandage, qui maintenait parfaitement la hernie et lui permettait de travailler. Il portait même son bandage la nuit.

Le malade avait travaillé toute la dernière semaine de février,du 22 au 28, et ce ne fut que le lendemain matin dimanche 1er mars, à cinq heures du matin, soit huit jours avant l'entrée à l'hôpital, qu'il ressentit des coliques. A partir de ce moment il n'a plus rendu ni selles ni gaz. Au début des accidents le malade portait encore son bandage ; il ne l'a ôté que le mardi et le mercredi. A ce moment, sa hernie n'était pas sortie, et il n'y a jamais eu ni de la part du médecin, ni de celle du malade, ni de son entourage une tentative quelconque de taxis. La hernie s'est donc étranglée (pas très étroitement) et réduite en masse dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque sous le bandage appliqué.

Une particularité de ces hernies c'est la facilité avec laquelle se fait parfois,assez souvent même, la rentrée en bloc. Dans beaucoup d'observations ce n'est pas le chirurgien, mais le malade qui l'a réduite ; ce qui implique un taxis mal fait, par pression sur le fond de la tumeur, sans effilage du pédicule herniaire, mais enfin un taxis qui n'est pas ultra-violent. Et dans notre cas la réduction s'est produite spontanément, sans manœuvres externes, on ne sait même à quel moment.

Presque en même temps que nous, M. Routier observait et communiquait à la *Société de chirurgie*, dans la séance du 8 avril, un fait assez analogue au nôtre comme symptomatologie et comme intervention opératoire ; et où, comme chez notre malade, la réduction semble avoir été spontanée.

Observation. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service dans la nuit du 26 au 27 février, il paraissait en très bon état, n'était son ventre un peu ballonné, sans aucune localisation douloureuse.

Il nous raconta qu'à l'âge de dix-huit ans, subissant un conseil de revision, on lui signala la présence d'une hernie inguinale droite, et on lui conseilla de porter un bandage.

Il ne s'y décida qu'à vingt-trois ans ; il en a aujourd'hui trente-cinq, porte un mauvais bandage sous lequel sa hernie sort souvent ; jamais il n'éprouve de difficulté pour la rentrer.

Le 25 au matin, sa hernie le gêna ; il sortit quand même, mais, après son déjeuner, à midi, il fut pris de vomissements ; il porta la main à sa hernie, ne sentit rien, et se coucha.

Le 26, la journée ne se passa pas mal ; il n'eut pas de selles, mais ne s'en occupa pas.

Je vous ai dit comment il était le 27 au matin ; il avait 37 degrés, 70 pulsations.

Je dois dire que, d'emblée, je ne fis pas de diagnostic ; mais pour éviter tout accident, je le mis à la diète hydrique, avec de la glace sur le ventre.

Dans la journée, il vomit deux fois, se plaint de l'hypocondre gauche et du creux épigastrique ; ses anneaux herniaires sont libres, ses deux testicules normaux ; cependant, il a un petit kyste du cordon à droite.

Le ventre est resté ballonné ; il affirme n'avoir pas rendu de gaz et a toujours 37 degrés et 70 pulsations, Je décide la laparotomie exploratrice.

Le 28, anesthésie. Incision sus-pubienne, anses rouge hortensia très vascularisées ; je trouve de suite, en me portant à droite, une anse grêle qui semble tenir à la paroi ; cette anse pénètre dans une tumeur comme en boudin, dont l'aspect extérieur est grisâtre, et qui se continue dans l'anneau inguinal interne : cette tumeur, formée par le péritoine, a un collet très dur, fibreux, de l'épaisseur d'un travers de doigt, tout comme un collet de sac herniaire. Je le débride, et j'en sors une anse de dix centimètres, puis il s'écoule un liquide rougeâtre.

L'anse nettoyée est replacée dans le ventre puis j'examine cette tumeur, ce sac, et je vois bien vite que c'est un canal vagino-péritonéal congénital. Ce premier sac se continue par une portion rétrécie qui communique avec une autre partie dilatée, encore une portion rétrécie, et enfin le kyste du cordon que je connaissais.

J'ai extirpé ce sac de dedans en dehors ; le testicule pendant ce temps était venu, sous l'influence de tractions, dans le canal inguinal et presque à l'orifice péritonéal.

Tout ce canal extirpé, je fais la suture du péritoine au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, et je ferme le ventre.

J'ai fait un pansement avec compression spéciale au niveau du canal inguinal ; les suites ont été très simples ; il y a eu un peu de funiculite, peut-être un petit hématome du cordon ; tout est aujourd'hui guéri.

Il faut évidemment, pour que de tels accidents se produisent, deux causes prédisposantes : d'abord la laxité et la largeur de l'anneau inguinal ; puis l'absence d'adhérences de la face externe du sac et du collet avec le tissu cellulaire ambiant et avec l'anneau. Et cette dernière condition doit être assez rare quand, comme dans le fait de M. Routier et dans le mien, un bandage herniaire a pressé durant des années sur la région.

Mais quelle est la cause efficiente de la rentrée ?

M. Routier en donne une explication qui ne me paraît pas très nette : « Voilà, dit-il, une hernie congé- » nitale (à sac bilobé) qui en s'étranglant, a augmenté » la procidence du sac dans le ventre, simulant une » réduction en masse. »

Et, à la suite de la communication de M. Routier, M. Berger émet cette opinion par trop concise : « Dans » la hernie congénitale on peut trouver des collets » successifs et observer la réduction spontanée en » masse à travers un anneau large, sous l'influence de » la traction mésentérique. »

Il est vraisemblable, en effet, que la corde mésentérique doit jouer un rôle. Mais le mécanisme n'est tout de même pas très clair. Et on s'explique mal pourquoi, chez un vieux hernieux, une anse intestinale, (même tiraillée par une corde mésentérique courte), qui a été réduite vingt fois sans difficulté, va, la vingt-et-unième fois, entraîner son collet et son sac dans le ventre, sans qu'aucune violence externe soit intervenue.

A propos de deux cas d'abcès cérébelleux d'origine otique

par le Docteur **Gaudier**, professeur agrégé.

Observation I. — Il s'agit d'un jeune garçon, âgé de douze ans, qui vint le 6 juin 1902 à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, pour de l'otorrhée gauche et une fistule mastoïdienne du même côté, consécutive à une mastoïdite datant de deux ans et ayant évolué sans l'intervention d'un médecin. Cet enfant ne présentait alors aucun signe de complications cérébrales ou cérébelleuses. Il avait fait une longue marche à pied, répondait très bien aux questions et ne se plaignait pas localement. Je le fis entrer à l'hôpital et décidai, c'était un vendredi, de l'opérer le lundi suivant. Il ne fut pas fait d'exploration de la fistule.

Dans la nuit du vendredi au samedi, c'est-à-dire douze heures après son entrée, le petit malade fut pris brusquement, le matin, de phénomènes aigus, vomissements, vertiges, raideurs de la nuque, céphalée violente occipitale. L'interne de garde fit prévenir en mon absence le Docteur Le Fort, qui arriva à huit heures du matin et trouva l'enfant, après une période d'agitation, plongé dans un état comateux, couché en chien de fusil, ne répondant pas aux pressions exercées sur la mastoïde ou l'occipital à gauche. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace d'œdème mastoïdien et l'écoulement d'oreille n'était ni abondant ni fétide. La température rectale était de 36,2, le pouls entre 45 et 50. Devant cet état, Le Fort n'hésita pas à intervenir de suite. Il pratiqua l'évidement pétro-mastoïdien, il tomba sur une mastoïde dure à la surface et sur des cellules mastoïdiennes pleines de fongosités. Le sinus latéral mis à jour est ponctionné et ne donne que du sang pur. Pensant à un abcès de la loge cérébrale moyenne, Le Fort agrandit en haut et en avant et trépane largement au niveau de l'écaille du temporal. La dure-mère bombe, ne bat plus, tout en présentant sa coloration normale. Elle est incisée et Le Fort pra-

tique dans le cerveau avec le trocart en arrière, en haut et en avant cinq ponctions exploratrices à trois centimètres de profondeur. Rien ne venant et l'état de l'enfant empirant, il termine là l'opération qui a duré près de 35 minutes avec seulement un peu de chloroforme au début. La duremère est suturée, les téguments rabattus, un drain placé avec un pansement compressif. Dans l'après-midi l'enfant paraît sortir de sa torpeur, vers le soir il ouvre les yeux et semble reconnaître. Le lendemain dimanche Le Fort le trouve dans une situation presque satisfaisante, le pouls est à 55, la température à 36,3.

Je reprends le service le lundi et fais le pansement qui ne présente pas trace de suppuration ; l'enfant me reconnaît par mon nom et demande sa mère, il peut absorber un peu de lait glacé, sa température est de 36,5, le pouls a 50. Devant cet état de choses, je décide avec Le Fort et malgré les résultats négatifs de l'opération, d'attendre, prêt à intervenir si d'autres symptômes apparaissaient. Cette amélioration dura jusqu'au jeudi soir. A ce moment, brusquement l'enfant fut pris de convulsions qui durèrent quelques minutes puis entra dans le coma et mourut avant qu'un chirurgien pût être appelé utilement.

A l'autopsie on trouva à gauche un volumineux abcès du cervelet antéro-externe très superficiel, sans méningite ni abcès du cerveau.

Observation II. — Le 22 juillet 1902, le Dr Delplanque me montra en consultation un de ses malades âgé de 18 ans, ancien otorrhéique à suppurations intermittentes gauches et qui depuis 3 jours présente l'état suivant :

Au milieu d'un bon état général, apparition de nausées, puis de vomissements s'accompagnant de vertiges et de troubles de l'équilibre. En même temps existe une céphalée gauche très vive avec point exquis à 2 centimètres en arrière du bord de l'apophyse mastoïde. A cet état de choses succède une période de prostration. Lorsque je vois le malade il est couché dans son lit en chien de fusil, n'est sensible à aucun appel, mais pousse des gémissements plaintifs en portant le doigt sur le point sensible occipital. A ce niveau il n'existe aucune trace de gonflement, la mastoïde est intacte. Il existe de l'écoulement d'oreille. L'otoscopie pratiquée démontre une perforation tympanique siégeant en bas et en avant, sans battements, sans fongosités. Le pouls est à 45, la température rectale à 36°. Le malade est transporté directement à l'hôpital où je l'opère d'urgence. D'après les symptômes, pensant à un abcès du cervelet, je vais directement sur cet organe en empruntant la voie occipitale directe décrite par Picqué et Mauclaire, et que je rappelle en deux mots. Dans cette trépanation, la ligne d'incision se tient en haut à près de un centimètre de la ligne courbe occipitale supérieure, en dedans elle est distante de près de deux centimètres de la ligne médiane. Dans le cas présent je fis un seul lambeau ostéo-musculo-cutané, avec pédicule en dedans. Cela donne une large fenêtre de près de 5 cm. sur 5. La trépanation fut faite à la fraise et à la gouge. A peine avions-nous fait sauter l'os, que le pus apparaissait très fétide, et après nettoyage la duremère, effilochée, friable, et présentant à l'angle supérieur de la plaie une ouverture irrégulière où le doigt pouvait pénétrer à plus d'un centimètre dans le cervelet. Sans explorer plus loin, après nettoyage à l'eau oxygénée, je me contente de drainer avec de la gaze iodoformée entassée très légèrement dans l'orifice de la duremère puis le lambeau est réappliqué après qu'une échancrure à la partie inférieure et antérieure de l'os eut été faite pour permettre l'issue du drain.

Les résultats de cette intervention, qui n'avait pas été très longue, une demi-heure, furent incroyables : Dans la journée, le malade était sorti de son état comateux ; il demandait à boire et me reconnaissait, la température était à 37,3 et le pouls à 72, à 6 heures du soir. La nuit fut bonne et caractérisée surtout par la disparition de la céphalée. L'amélioration augmenta les jours suivants sans que nous eussions la moindre petite alerte. Il se fit par le drain un suintement assez abondant pendant la première semaine. La mèche de gaze fut retirée le cinquième jour et en raison de l'odeur du pus, on pratiqua très doucement quelques lavages à l'eau oxygénée.

Quinze jours après l'opération, comme tout allait très bien, je résolus de faire chez le malade l'évidement pétro-mastoïdien, pour guérir son otorrhée. La mastoïde était excessivement dure, dans l'antre existaient quelques fongosités. Le sinus latéral était intact, cela fut prouvé par une hémorrhagie au cours et à la fin de l'intervention. Le malade quitta l'hôpital le 28 septembre ayant engraissé de douze livres et ne présentant plus aucun symptôme.

A la suite de ces deux observations, je désire placer les quelques considérations pratiques qui me semblent en découler naturellement.

Dans l'observation I l'amélioration réelle a dû tenir à la décompression produite par la perte du liquide céphalo-rachidien pendant l'intervention.

Dans l'observation II j'insiste sur la migraine occipitale localisée, symptôme peu connu, mais fort important.

Du reste, la symptomatologie et la fréquence des complications encéphaliques d'origine otique est mal connue, et on ne peut guère se fier aux statistiques, telles que celles de Jansen (de Berlin) par exemple, qui à la clinique otologique, sur 2.500 otites suppurées *chroniques*, n'aurait relevé que six abcès encéphaliques et sur 2.650 suppurations aiguës un seul abcès cérébral. En fait, bon nombre de cas passent inaperçus, se terminant par la mort et sont catalogués sous le nom de méningite, ou convulsions sans plus d'explications.

Et d'ailleurs il faut considérer la tendance qu'ont les suppurations de l'oreille simples ou compliquées à gagner la grande cavité crânienne. Ainsi depuis trois

mois, dans mon service, sur six mastoïdites aiguës opérées, dont quatre pour une suppuration aiguë et deux pour une suppuration chronique, j'ai trouvé dans cinq cas, des lésions profondes extra dure-mériennes, abcès localisés entre la dure-mère et l'os, séquestrés et fistuleux. Il est bien évident, que ces cas laissés à eux-mêmes auraient évolué plus profondément, et qu'une partie d'eux aurait abouti à la lésion intra-cérébrale ou cérébelleuse.

Il ne faut donc pas se fier à la rareté possible de l'abcès encéphalique, mais y penser toujours, en face d'une otite compliquée.

Et puis il faut le dire aussi, la symptomatologie de ces complications n'offre rien de bien positif ; et s'il existe quelques symptômes généraux bien connus et toujours constants, il manque la plupart du temps les symptômes de localisation du pus qui devraient aider le diagnostic de la lésion et surtout le traitement.

Je rappelle le tableau clinique général ; c'est au cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique : après quelques jours de malaise correspondant à la formation du pus dans le tissu nerveux, apparaissent presque toujours les symptômes suivants, communs aux formes cérébrales ou cérébelleuses et qui sont la céphalalgie à caractère migraineux, un état nauséeux (vomissements bilieux) et vertigineux, de la raideur de la nuque qui est remplacée au bout d'un temps plus au moins long par un état de somnolence progressive ; le malade finissait par tomber dans le coma.

Ordinairement la température est normale ; en général peu élevée, quelquefois il existe de l'*hypothermie*, comme c'était le cas dans les deux observations.

Le ralentissement du pouls est un des symptômes les plus fréquents et les plus particuliers accompagnant l'évolution de l'abcès encéphalique. Bergmann l'a vu tomber à 46 pulsations, Heyman à 44, Mignon à 42. Dans nos deux observations, il variait entre 45 et 50. Mais ce ralentissement peut manquer et dans un cas terminé par la mort, nous avons pu noter pendant toute la marche de l'affection un pouls supérieur à 100°.

Quant aux symptômes de *localisation* du pus, ils sont exceptionnels en cas d'abcès du cervelet, alors qu'ils existent très souvent dans les localisations frontales et sphénoïdales, troubles moteurs, paralysies incomplètes précédées ou accompagnées de tremblements ou de spasmes cloniques ou toniques, paralysie de la troisième paire, déviation conjuguée de la tête et des yeux, hémianesthésie, hémianopsies, troubles aphasiques, etc... Mais tout ceci peut manquer, et un volumineux abcès peut s'accompagner seulement de quelques tremblements dans les doigts...

Il est donc difficile, devant les quelques symptômes *généraux* que nous avons signalés plus haut de faire un diagnostic ; étant donné surtout que nombre de ces symptômes peuvent se rencontrer, dans l'abcès extra-dural qui peut par la compression générale et de voisinage qu'il exerce à l'intérieur du crâne produire un ensemble symptomatique proche de celui de l'abcès encéphalique. Je sais bien que l'examen du fond de l'œil, et la ponction lombaire, avec résultats négatifs dans le cas d'abcès extra-dural, peuvent rendre des services ; mais tout le monde n'est pas outillé pour faire pareilles recherches, et puis au fond, cela ne sert à rien, car le diagnostic se fait en opérant le plus souvent.

Toutes les fois qu'au cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique apparaîtront les symptômes généraux d'une complication encéphalique, et qu'un examen sérieux et méthodique aura permis d'éliminer certaines causes d'erreurs, dont la principale est la rétention de pus dans la caisse, qui cède à une large paracentèse et entraîne avec elle la disparition des phénomènes pseudo-méningitiques : toutes les fois il faut intervenir ; et intervenir *à moins d'indications spéciales*, par la voie transmastoïdienne.

Deux cas peuvent se présenter.

Dans le premier il existe des lésions osseuses. Nous savons que presque toujours l'abcès siège au voisinage immédiat de la lésion. Si cette dernière a abouti à la perforation du sillon sigmoïde : c'est à la partie antérieure de l'hémisphère correspondant du *cervelet* que siège presque toujours la collection purulente.

L'ostéite fongueuse est-elle limitée au niveau du segment antro tympanal, l'abcès sera généralement trouvé dans le caveau, soit dans la partie inférieure du lobe sphénoïdal, soit dans sa partie moyenne ou dans le lobe occipital, suivant que la lésion osseuse sera tympanique ou antrale.

Dans le deuxième cas il n'existe pas de lésion osseuse perforante. Si outre les symptômes généraux il existe des symptômes de foyer sphénoïdal ou occipital, il est évident qu'il faut d'abord explorer les lobes sphénoïdaux et occipitaux par la voie transmastoïdienne.

S'il n'existe que des symptômes généraux et en plus de la raideur de la nuque et des vomissements bilieux,

toujours par la voie transmastoïdienne, il vaut mieux de suite aller sur le cervelet ; dénuder prudemment le sinus ; le ponctionner avec une aiguille fine et une seringue de Pravaz, et créer à la gouge et au maillet ou à la pince-gouge une véritable fenêtre, en arrière du sinus, permettant de le voir ainsi que la portion antérieure de la face externe de l'hémisphère cérébelleux : point où siège presque toujours l'abcès extra ou intra-dorsal du cervelet.

Mais, règle générale, l'opération doit toujours être double : Si après examen des lobes sphénoïdaux et occipitaux, le chirurgien ne trouve pas de lésions, il doit sans plus attendre chercher du côté du cervelet, et ne jamais se limiter à une seule exploration.

Si dans notre première observation, nous avions pratiqué après l'exploration cérébrale, l'exploration cérébelleuse, nous aurions fatalement trouvé l'abcès bien localisé et probablement guéri notre malade.

Réapparition du syndrome addisonien chez un sujet antérieurement très amélioré par l'opothérapie surrénale

par le docteur **Ingelrans**, chef de clinique médicale.

Le récent ouvrage de MM. Sergent et Bernard sur l'insuffisance surrénale porte qu'il n'existe que deux cas de guérison complète de maladie d'Addison par l'opothérapie : ce sont les cas de Béclère et de Hirtz. Le malade observé par M. Hirtz a quitté l'hôpital Laënnec quasi guéri à la fin de juillet dernier. Nous venons de le revoir à Lille le 13 mars, en pleine rechute. Comme il est très utile de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de l'opothérapie surrénale, nous publions cette observation à titre de document.

L'histoire du malade a été écrite par M. Hirtz dans la *Médecine moderne* du 21 mai 1902. En voici les grandes lignes. Il s'agit d'un serrurier de 40 ans, nommé Alfr. Dufr... Ses antécédents héréditaires sont nuls. En 1889, il a été soigné de la rage à l'Institut Pasteur. Plus tard, il s'est fait une fracture de côtes. C'est un alcoolique, essenciste, qui a séjourné à l'asile de Ville-Evrard, dans le service de M. Legrain. Il est entré à l'hôpital Laënnec le 26 décembre 1901, peu de temps après une cure radicale de hernie inguinale gauche.

A cette date, son visage est brun jusqu'au front. Les mains et les avant-bras sont pigmentés. Au tronc, il présente des plaques brunâtres et des traînées pigmentaires. L'aréole du mamelon et la peau de la verge sont noirâtres. On trouve des taches colorées dans la bouche.

Ce malade est tellement asthénié qu'il ne peut marcher. Au dynamomètre, il fournit une pression de 50 au premier effort ; immédiatement après il fournit 40 ; le troisième effort est rendu impossible par l'épuisement immédiat. Il existe une apathie accentuée. L'anorexie est complète. Diarrhée intense. Le poids est réduit à 50 kilos. Une douleur manifeste existe au niveau de la région surrénale gauche.

On soumet ce sujet à la suralimentation dans la mesure du possible. A partir du 4 janvier 1902, injections sous-cutanées d'extrait de capsules surrénales pendant douze jours. Le 11 Janvier, le poids est augmenté de 2.700 grammes. Le 20 janvier, 2.300 grammes d'augmentation. Le 1er février, le malade pèse 55 kilos. Le visage est moins pigmenté. Le 1er mars, les mains et les avant-bras sont sans pigmentation. La teinte du visage a disparu. Le sujet arrive à peser 61 kilos. Il devient impossible de faire le diagnostic de maladie d'Addison. Quand il part à la fin de juillet, il pèse 63 kilos.

A noter incidemment dans l'observation que les réflexes patellaires sont exagérés, tandis que le crémastérien et l'abdominal sont abolis. Un corps étranger de l'iris droit a produit un myosis persistant de ce coté.

Tel est le résumé de l'observation de M. Hirtz. Cet auteur rappelle que seul M. Béclère a vu une semblable guérison par l'opothérapie. Il pense que chez son propre malade la guérison persistera, car l'asthénie, l'apathie, la mélanodermie, etc. ont disparu ; bref, l'amélioration est extraordinaire.

Eh bien, c'était là une guérison apparente, car le 13 mars 1903, cet addisonien est entré à l'hôpital de la Charité de Lille dans le service de M. le prof. Combemale, salle Sainte-Catherine, n° 6. Depuis le début de l'année, nous dit-il, il est repris des anciens symptômes d'asthénie, de dépression, de fatigue rapide. La pigmentation est revenue à la face, avec ses mêmes limites et sa même intensité. La cicatrice opératoire de sa hernie inguinale est absolument noire. Des plaques brunâtres renaissent dans la bouche et sur le tronc. Il souffre encore dans la région rénale gauche : l'anorexie est revenue. Le malade donne 25 au dynamomètre et est épuisé dès qu'on veut lui faire répéter son effort de pression.

Nul signe nouveau n'est venu s'ajouter à l'ancienne observation clinique. Ni tuberculose pulmonaire, ni albuminurie, ni glucosurie. Mais l'amaigrissement poursuit sa marche et tel le malade était en décembre 1901, tel il est en mars 1903 après une rémission très accentuée d'une durée de dix mois, de mars à décembre 1902.

Rien n'est plus naturel, car on ne conçoit pas comment l'opothérapie surrénale pourrait faire disparaître à jamais les symptômes de la maladie d'Addison. Ce traitement vise à remplacer une sécrétion interne disparue. Il doit donc être continué sans relâche, tout au moins être répété à intervalles rapprochés ; la destruction des capsules doit exiger une suppléance artificielle continue.

Pourtant la guérison du malade de Béclère se maintenait encore trois ans après la médication et, en 1903, Boinet dit avoir observé un cas analogue : chez un homme présentant des signes nets de maladie d'Addison en 1897, l'extrait capsulaire a fait disparaître depuis lors l'asthénie, diminuer la pigmentation des gencives, des lèvres et de la face interne des joues. Ces guérisons sont difficiles à interpréter.

Le retour offensif de la maladie ajoute beaucoup à l'intérêt de l'observation de M. Hirtz. Il montre que véritablement l'extrait surrénal a bien été l'agent curateur, puisque sa suppression pendant quelques mois a permis à la maladie de reparaître avec tous ses signes. On doit pourtant noter

un point spécial dans l'histoire de cet addisonien. Actuellement, en effet, on tend à admettre que l'insuffisance surrénale ne rend pas compte de la mélanodermie. Cette dernière dépendrait de la lésion des filets nerveux sympathiques péri-capsulaires très habituellement lésés dans la maladie d'ADDISON.

Quand ces fibres nerveuses sont intactes et que la capsule surrénale seule est atteinte, on observe ce que SERGENT et BERNARD décrivent sous le nom de syndrôme surrénal non addisonien, c'est-à-dire sans mélanodermie. Comment, par conséquent, l'opothérapie pourrait-elle remédier à cette mélanodermie qui ne dépend nullement de l'insuffisance capsulaire, mais d'une lésion nerveuse ? On ne le saisit pas.

Le fait est pourtant que M. HIRTZ a vu la pigmentation disparaître chez le malade dont nous parlons et qu'ainsi le fait ne cadre plus du tout avec la théorie qu'on vient de dire. Leur conciliation est très malaisée et cependant BÉCLÈRE et BOINET ont également fait disparaître la mélanodermie de leurs malades par l'opothérapie surrénale et, chez des sujets améliorés par PECH et SPILLMANN, on note aussi le même changement. Il suffit d'indiquer ce point en passant, car l'important ici est de signaler simplement l'état de rechute d'un malade que M. HIRTZ a pu, à juste titre, considérer comme très probablement guéri d'une manière définitive. Pour le moment, le traitement surrénal va lui être réappliqué.

Expériences sur les propriétés immunisantes du sérum d'un malade ayant eu récemment une attaque de tétanos (1)

par MM. **Le Fort**, chef de clinique chirurgicale,
et **Gontier de la Roche**, interne des hôpitaux

Ayant observé récemment un cas de tétanos, suivi de guérison, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur FOLET, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher les propriétés immunisantes du sérum du malade atteint de cette redoutable infection.

Pour des raisons faciles à comprendre, nous n'avons eu à notre disposition qu'une très petite quantité de sérum. En outre, notre malade avait reçu une injection de sérum antitétanique dès le début de son tétanos, ce qui rendait les expériences difficilement probantes.

Nous rappellerons d'abord brièvement l'observation du malade qui a été la cause de ces recherches. Elle est résumée d'après les notes très complètes prises par M. DE CHABERT, interne du service.

M..., Edouard, âgé de quarante-quatre ans, entre d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur le vendredi 30 janvier, à quatre heures du soir.

Le mardi 27, à huit heures du soir, cet homme, regagnant son domicile, en état d'ébriété, est bousculé par un camion dont une roue lui passe sur la jambe gauche au niveau du tiers inférieur. Le lendemain, à cinq heures du matin, après une nuit très froide passée en plein air, il est relevé par des ouvriers qui le transportent à Ronchin. Il reste deux jours et demi à Ronchin pendant qu'on discute pour savoir s'il a été blessé sur le territoire de cette commune ou sur celui de Lesquin. La question enfin résolue, le blessé est envoyé à l'hôpital Saint-Sauveur.

A l'hôpital, M. de CHABERT, interne de garde, constate une fracture compliquée au tiers inférieur ; l'orifice cutané étant très petit est largement débridé. Pansement humide.

L'état général de ce malade, domestique de ferme, alcoolique, fait craindre le delirium tremens. Il y a de l'agitation, la température est à 39°, le pouls à 110.

Le lendemain matin on désinfecte le foyer de fracture et on draine après résection de l'extrémité inférieure broyée.

La température descend progressivement.

Le 31	janvier,	température m.	38°5,	température s.	39°3
Le 1er	février,	»	38°3,	»	39°
Le 2	»	»	37°8,	»	38°2
Le 3	»	»	37°8,	»	38°
Le 4	»	»	37°7,	»	38°
Le 5	»	»	37°6,	»	38°1
Le 6	»	»	37°6,	»	37°8
Le 7	»	»	37°3,	»	38°
Le 8	»	»	37°5,	»	37°9
Le 9	»	»	37°6,	»	37°9
Le 10	»	»	37°1,	»	37°2

A partir de ce jour, la température est constamment au-dessous de 37°5, mais l'état local ne s'améliore pas. Malgré des lavages fréquents à l'eau oxygénée et autres antiseptiques, on est obligé de pratiquer deux ouvertures au tiers supérieur de la jambe. La plaie a mauvais aspect et laisse écouler du pus bleu ; elle exhale une odeur infecte, et la jambe, œdémateuse, d'un rouge vineux, ne peut plus être conservée sans danger.

Le 16 février, M. DE CHABERT pratique l'amputation sus-condylienne à grand lambeau antérieur et petit postérieur. Au cours de l'opération, on remarque, surtout au niveau du membre malade, des tremblements musculaires, des secousses de mauvais augure, aussi, le jour même fait-on une injection de dix centimètres cubes de sérum antitétanique. La température descend de 37°5 (le matin) à 37°2 (le soir) et reste de nouveau au-dessous de 37°5, jusqu'à la sortie du malade.

Le lendemain de l'amputation, 17 février, le blessé se plaint d'ouvrir difficilement la bouche ; il y a un trismus assez prononcé, il faut des efforts prolongés pour introduire un doigt entre les arcades dentaires. M... se plaint également de sueurs très abondantes. On le place dans une chambre d'isolement obscure, on administre le chloral et l'opium à haute dose, et on fait dans la journée une deuxième injection de sérum.

18 février : le trismus est moins prononcé, le malade se sent « raide comme une planche » suivant son expression, il est en orthotonos, les membres inférieurs ne peuvent être fléchis, la tête peut difficilement s'incliner un peu sur la poitrine. Entrant à l'improviste dans sa chambre, M. LE FORT assiste à une crise caractéristique, à un paroxysme des contractures qui ne peuvent guère laisser de doute sur le diagnostic clinique malgré l'absence de fièvre. Le pouls est à 90.

20 février : il y a une détente générale, un peu d'assouplissement des muscles, le pouls est à 96.

1 mars : l'amélioration est notable, le trismus et l'orthotonos ont presque disparu.

5 mars : tout est terminé et le malade est réintégré dans

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 24 avril 1903.

la salle commune. Sa plaie est guérie et cicatrisée, il a un bon moignon et sort guéri au commencement d'avril.

M. Gontier de la Roche s'est livré à deux séries d'expériences : il a fait :

1° la recherche des propriétés immunisantes du sérum du tétanique guéri.

2° (Ce malade ayant, après apparition des premiers phénomènes tétaniques, reçu une dose de sérum antitétanique) des recherches parallèles et de contrôle chez un homme sain ayant reçu une même dose de ce sérum.

Il faut d'abord essayer la toxine employée. A cet effet, deux cobayes de 450 gr. environ reçoivent, le 12 mars, sous la peau de la cuisse gauche : α. 1/800 de c.c. de la toxine dilué dans un c.c. de sérum physiologique ; β, 1/500 de c.c. de la toxine diluée au même titre.

La tétanisation de la patte apparaît chez α, le 14, dans la matinée, chez β, le 13 au soir.

1° *Recherche des propriétés immunisantes du sérum du tétanique guéri.* — Le sang est pris au niveau d'une des veines du pli du coude chez le malade consentant et dûment averti qu'il ne s'agit que d'une expérience. On obtient ainsi quelques centimètres cubes de sérum employés comme il suit.

A trois cobayes de 450 gr. environ on injecte sous la peau de la cuisse gauche, le 16 mars, à 2 h. 1/2 :

α 1/500 de cc. de la toxine diluée dans 1 cc. du sérum.
β » » » » » »
γ » » » » » »

La tétanisation de la patte apparaît :

Chez α dès le 21 mars à 2 heures.
β » » » »
γ le 24 mars, dans la matinée.

2° *Recherche parallèle des propriétés immunisantes du sérum d'un sujet qui a reçu une injection de sérum antitétanique.*

Il s'agit d'un blessé du chemin de fer, dont la jambe droite a été écrasée, le 13 mars, à mi-hauteur. La plaie a été embaumée et l'on a fait le jour même une injection de sérum antitétanique. On recueille le sérum des phlyctènes.

Les injections aux cobayes sont faites dans les mêmes conditions et aux mêmes heures que précédemment.

Chez α′ la tétanisation apparaît le 21 mars.
β′ » » »
γ′ la tétanisation apparaît le 23, dans l'après-midi.

Résultats généraux de l'expérience. — Il n'y a eu immunisation ni dans le premier ni dans le second cas et, *de cette seule expérience*, et dans les conditions où elle fut faite, il est permis de conclure :

1° Le sérum d'un tétanique guéri n'est pas immunisant.

2° Le sérum d'un homme sain ayant reçu du sérum antitétanique n'est pas immunisant.

Mais l'on ne saurait évidemment généraliser et ceci n'a que la valeur d'une seule expérience. A quoi faut-il attribuer le retard de la tétanisation ? A la dilution de la toxine dans le sérum humain ? Soit mieux, à la dilution de la toxine dans un sérum de sujet ayant reçu une dose de sérum antitétanique ? Il faudrait d'autres expériences pour expliquer le fait.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 mai 1903

Présidence de M. Gaudier, président

Sarcome mélanique du tractus uvéal

M. **Painblan** présente un œil qu'il a énucléé pour mélano-sarcome du corps ciliaire.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, bien portant d'autre part, dont la vue de l'œil gauche avait commencé à baisser il y a quatre ans et demi. On avait diagnostiqué à cette époque un décollement de la rétine.

Peu à peu la vue s'était perdue, et l'œil était tout à fait aveugle depuis deux ans, mais jamais il n'avait été douloureux ; lorsque vers le milieu d'avril, éclatèrent brusquement des accidents glaucomateux, très douloureux, qui ne cédèrent pas au traitement médical. L'énucléation fut faite le 1 mai sans incidents ; et le malade est actuellement guéri.

L'examen de l'œil enlevé montre qu'il s'agit d'un sarcome mélanique ayant eu son point de départ au niveau des procès ciliaires. L'examen anatomo-pathologique a été fait par M. Curtis. La tumeur est restée intra-oculaire, elle n'a pas perforé la sclérotique ; on peut donc espérer qu'il n'y aura pas de récidive dans l'orbite, ni de généralisation.

M. **Curtis** dit qu'il s'agit d'un sarcome mélanique dont le point de départ est un peu anormal.

Occlusion intestinale. Kyste du pancréas

MM. **Le Fort** et **Curtis** présentent une pièce anatomique se rapportant à cette observation (*sera publié*).

M. **Wertheimer** fait une objection au mécanisme invoqué par M. Curtis pour expliquer la digestion du tissu du foie par le suc pancréatique. Delezenne a montré que le suc pancréatique est, par lui-même, inactif ; et Pawlow a fait voir la nécessité absolue de l'entérokinase pour qu'il puisse agir. Comment le suc pancréatique a-t-il pu intervenir dans ce cas ? Peut-être des leucocytes ont-ils fourni la kinase.

MM. **Curtis et Surmont** disent que, dans les lésions du pancréas, l'auto-digestion est la règle. Pathologiquement, les observations sont nombreuses qui établissent l'activité digestive du suc pancréatique dans des conditions analo-

gues à celles de la présente observation. On pourrait rechercher dans la pièce présentée la leucine et la tyrosine, ce qui fixerait sur la réalité de la digestion.

Une question de secret professionnel

M. **Folet** s'est trouvé récemment, à l'hôpital, en face d'une infection puerpérale qu'il a cru, pendant quelque temps, dépendre d'un avortement criminel. Il n'en était rien, mais si le fait eût été réel, qu'aurait-il dû indiquer comme cause de la mort sur le billet de décès ? C'est utile à savoir, car à l'hôpital, c'est le médecin traitant qui joue le rôle d'officier de l'état-civil comme constatateur des décès et pour indiquer la cause de la mort. Or, à supposer qu'il se fût agi d'un avortement criminel, aurait-ce été violer le secret médical que d'indiquer la vraie cause de la mort sur la constatation de décès ? Il est entendu que, si le médecin constatateur des décès ne se confondait pas ici avec le médecin traitant, il ne pourrait rien deviner de cet avortement, dont la connaissance a été donnée au médecin parce qu'il soignait le malade. Ce dernier doit-il ou peut-il profiter de ce qu'il a appris comme médecin traitant pour en informer le médecin constatateur du décès, qui est, à l'hôpital, une seule et même personne.

M. **Oui** s'est trouvé en face d'une femme qui s'était fait avorter et est morte sans rien avouer. Bien qu'il fût certain du fait, il a gardé le silence et n'a point indiqué la cause vraie du décès. Il rappelle la fameuse histoire du Dr WATELET.

M. **Charmeil** dit que M. BOUVERET ayant soigné à l'hôpital une femme morte d'empoisonnement a indiqué comme cause du décès : gastro-entérite aiguë. C'est un diagnostic exact, mais purement anatomique. M. FOLET, dans son cas, pouvait écrire sur le constat : péritonite puerpérale. Si un individu, blessé d'un coup de couteau dans la poitrine, se présentait seul à l'hôpital et y mourait, le médecin devrait se taire et constater un décès par hémorrhagie pleurale.

M. **Folet** dit que l'affaire WATELET diffère absolument de la question qu'il pose. Il constate que presque tous opinent vers le silence, et c'est aussi son avis; mais en réalité cette conduite peut être discutée.

M. **Curtis** dit que la question tombe d'elle-même, car il n'est pas exact qu'à l'hôpital ce soit le médecin traitant qui doive constater les décès. L'officier de l'état-civil de la circonscription doit se rendre à l'hôpital pour faire cette constatation. Si cela n'a pas lieu, c'est par pure tolérance.

M. **Surmont** répond qu'en tout cas, et à la campagne par exemple, l'officier de l'état-civil peut être le même que le médecin traitant, et qu'ainsi la question peut se poser. Mais à la campagne, on est beaucoup mieux renseigné sur les causes des décès, les malades étant connus de tout le monde.

M. **Charmeil**, à propos de cette discussion, s'étonne qu'on charge le médecin de l'état-civil d'indiquer la cause des décès, car c'est une tâche impossible sans autopsie. Le médecin traitant seul peut répondre à cette question. C'est ainsi qu'on a vu un diagnostic de mort par rupture d'anévrysme quand il s'agissait d'un coup de couteau dans l'abdomen.

M. **G. Gérard** dit que le médecin de l'état-civil ne refuse presque jamais le permis d'inhumer.

Emploi thérapeutique des eaux de Cauterets

M. **Guinier** (de Cauterets) fait une communication sur ce sujet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecine et magnétisme

La scène se passe dans le Nord de la France, à St-Quentin, en l'an de grâce 1903. — Or donc, le 27 février dernier, devant le tribunal correctionnel de cette ville, comparaissaient un sieur Bar Louis-Adrien, et Mlle Louise Bar, sa fille, déclarant dix-huit printemps, tous deux inculpés d'avoir, depuis moins de trois ans, dans l'arrondissement de St-Quentin, ensemble et de concert, exercé illégalement la médecine. Les pièces du procès et les débats révélaient que, depuis trois ans (l'action publique résultant des délits passibles de peines correctionnelles se prescrit par trois ans à compter du jour où le délit a été commis), Bar père recevait chez lui, à St-Quentin, rue de Guise, les personnes venant le consulter sur les maladies dont elles souffraient; qu'il endormait sa fille Louise, connue sous le nom de « la voyante du quartier d'Isle » ; que celle-ci, au cours de son sommeil magnétique provoqué par son père, prenait la main du client, lui donnait des conseils, indiquait le traitement à suivre et les remèdes à prendre ; que Bar père transcrivait les ordonnances sous la dictée de sa fille et les remettait aux clients qui les portaient dans les pharmacies ; qu'il n'exigeait ni consignation ni paiement, mais « qu'il acceptait les versements volontaires » ; que tous deux vivaient de l'exercice de cette profession, ainsi, du reste, qu'ils le reconnaissaient, le père déclarant même que, s'il n'en retirait pas profit, il ne travaillerait pas. Quant à la magnétisée, elle se prétendait en droit de conserver la robe d'innocence, devant la loi pénale, en alléguant qu'elle ignorait ce qu'elle pouvait dire sous l'empire du sommeil magnétique. Elle n'allait pas toutefois jusqu'à soutenir qu'elle ne savait pas que son père l'endormait pour soigner des malades.

Les faits étant ainsi établis, la mission du tribunal consistait à rechercher et à déclarer si l'un et l'autre des inculpés tombaient sous l'application de l'art. 16 de la loi du 30 novembre 1892, qui prévoit et frappe, comme exerçant illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme,

prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies, sauf les cas d'urgence avérés.

Sans hésiter, le tribunal, prenant parti sur la question de droit, décide que la disposition de cet art. 16 est absolue ; qu'elle frappe tout exercice de l'art de guérir, quel que soit le mode du diagnostic et du traitement pratiqué par les personnes non munies de diplôme, et qu'elle interdit toute pratique médicale aux magnétiseurs ou à ceux qui font donner des consultations par des individus en état de somnambulisme. Voir sur cette question les dissertations que nous avons publiées dans *l'Écho médical du Nord*, 1899, III, 441, et 1901, V, 241. La prévention était donc justifiée vis-à-vis de Bar père.

Restait, — c'était le point le plus intéressant, — à répondre au moyen de défense tiré par Mlle Louise Bar de cette allégation qu'elle ignorait, à l'état de veille, les actes auxquels elle se livrait et les propos qu'elle tenait quand elle était plongée dans le sommeil somnambulique. Ce sommeil, disait-elle, anéantissait sa volonté. Or, la volonté est l'un des éléments essentiels du délit pénal : il ne peut pas y avoir culpabilité si l'agent, pour une cause quelconque, s'est trouvé privé de son intelligence au moment de l'infraction. Le principe, à cet égard, n'avait pas besoin d'être formulé par la loi moderne, qui s'est contentée d'en indiquer des applications en proclamant, dans l'art. 64 du Code pénal, qu' « il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Mais, dans l'espèce soumise au tribunal correctionnel de St-Quentin, la prévenue était-elle en droit de s'abriter sous ce principe pour échapper à l'imputabilité pénale ? C'est un problème, — sur lequel médecins, jurisconsultes, philosophes ne sont probablement pas près de se mettre d'accord, — que de savoir si les somnambules et hypnotisés doivent être considérés comme des automates inconscients, perdant au réveil tout souvenir des actes qu'ils ont commis pendant leur accès, et devant échapper, par cela même, à toute responsabilité. Et il pourrait n'être pas sans intérêt de rappeler les données de ce problème, les distinctions qu'il nécessite, les solutions diverses dont il a été l'objet. Mais notre but n'est pas de le faire ici ; nous voulons seulement indiquer, pour servir de contribution à l'étude générale du problème, l'application spéciale qui en a été faite par le tribunal de St-Quentin, dans le jugement du 27 février 1903 (*France Judiciaire*, 1903, II, 146).

En droit, le principe est proclamé : sans aucun doute, « l'abolition de la conscience pendant le sommeil rendrait irresponsable et ferait échapper à une répression pénale celui qui, en état de somnambulisme spontané ou provoqué, commettrait un fait délictueux et isolé ». Mais, en l'espèce, les circonstances de fait viennent influer sur les conséquences que l'on croirait pouvoir déduire tout d'abord du principe de droit. Les actes inconscients accomplis par Mlle Bar pendant qu'elle était endormie n'étaient pas des actes isolés. A un interrogatoire à l'audience, elle avait répondu : « Mon père m'endort pour soigner les malades ; ça, je le sais ». Les actes inconscients avaient donc été précédés et suivis d'autres actes : de ces derniers Mlle Bar devait être et fut reconnue pleinement responsable. Et voici les considérations invoquées à l'appui, par le jugement précité.

L'abolition de la conscience pendant le sommeil somnambulique n'entraîne plus irresponsabilité pénale quand il s'agit d'actes qui se sont succédé pendant une longue période, actes dont quelques-uns sont peut-être inconscients, mais dont les autres sont conscients, qui se rattachent étroitement, dans un ensemble indivisible constituant l'exercice illégal de la médecine, et avec une participation suffisante de la volonté pour entraîner l'application de la loi pénale. Vainement Mlle Bar soutenait que la résolution de commettre une infraction et les actes qui la préparent ne sont pas punissables, et qu'on ne saurait incriminer les actes d'exécution accomplis pendant le sommeil d'un sujet qui n'est plus qu'un automate sans volonté, ni conscience. En effet, l'exercice illégal de la médecine s'entend d'un traitement habituel de maladies et d'une direction suivie qui impliquent toute une série d'opérations se succédant depuis l'installation d'un local pour recevoir le public et la réception des clients, jusqu'à la délivrance des ordonnances et la perception des honoraires. Or, tous ces faits ont été accomplis par Bar et sa fille, ce qui entraîne la responsabilité de l'un et de l'autre. Pour Louise Bar, le consentement par elle donné à maintes reprises, depuis trois ans, à se laisser mettre par son père en état de sommeil magnétique dans le but avoué de donner des consultations, n'est pas seulement un acte préparatoire. C'est un acte d'exécution inséparable de ceux qui l'ont précédé et suivi, et qui procédait de sa volonté libre. Le diagnostic étant donné et le traitement étant indiqué au moyen du sommeil, la mise en cet état était un des principaux actes d'exécution. Qu'à son réveil, la jeune fille n'ait pas connaissance des paroles qu'elle a prononcées, peu importe. Il suffit qu'elle ait su qu'on l'endormait pour qu'elle donnât des conseils, et il suffit qu'elle ait donné ces conseils, même sans se les rappeler, pour qu'en appréciant ces procédés habituels d'une volonté qui consent à sa suppression momentanée dans un but coupable, d'avance connu, et qu'en les rapprochant des autres actes auxquels elle concourait en pleine possession de ses facultés mentales, il ne subsiste aucun doute sur la perpétration intentionnelle du délit d'exercice illégal de la médecine.

La culpabilité des deux prévenus était donc démontrée. Et le châtiment, quel a-t-il été ? Le Recueil judiciaire auquel nous empruntons la décision du tribunal correctionnel de St-Quentin ne le rapporte pas. Mais le jugement se termine par un attendu suffisamment suggestif : « Attendu que, pour l'application de la peine à cette demoiselle, il y a lieu de tenir compte de la crainte révérentielle que son père pouvait lui inspirer, et qu'il convient vis-à-vis de tous deux d'avoir égard à leurs bons antécédents ». La peine que le tribunal aurait pu prononcer était, s'il n'y avait pas récidive, une simple amende de 100

500 fr. Mais l'admission des circonstances atténuantes per-ettait de réduire cette peine jusqu'à un minimum de 15 fr. Et, ort probablement, le tribunal de St Quentin a usé de cette aculté en faveur de Mlle Bar tout au moins.

Jurisconsultes, nous enseignons que la peine doit être épressive pour le passé, préventive et exemplaire pour 'avenir. Seize francs d'amende, avec, en plus, les dépens, omme peine du délit d'exercice illégal de la médecine ! Déci-lément, ce n'est pas pareille sanction qui inspirera aux oupables, ni le repentir de leur faute, ni le ferme propos de 'y plus retomber ; ce n'est pas cette sanction qui inspirera une rainte salutaire à ceux qui serait tentés de les imiter ; ce 'est pas cette sanction qui protégera les médecins contre eurs concurrents non diplômés. Dans un article sur la *Gyné-ologie* et la *Réclame*, auquel nous avons récemment fait llusion, l'un des collaborateurs les plus appréciés de l'*Écho édical du Nord* rappelait qu'autrefois, étant très jeune, il vait cru à la répression légale du charlatanisme et de l'exer-ice illégal de la médecine, mais il ajoutait qu'éclairé par expérience, il n'y croyait plus guère aujourd'hui (*Écho médi-al du Nord*, 1900, IV, 318). Force nous est d'avouer que des [illegible]s comme celle que nous venons de signaler sont de ure à augmenter et à justifier l'incrédulité, le peu de onfiance en la loi, de notre prescient collègue.

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Conseil de l'Université a fixé les **congés de la Pente-e** aux dimanche 31 mai et lundi 1er juin.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. P.-L.-J. DELEAU, de Gauchin-le-Gal (Pas-de-Calais), nterne provisoire des hôpitaux de Lille, a soutenu, avec uccès, le mardi 26 mai 1903, sa thèse de doctorat (6e série, 133), intitulée : **La mortalité infantile dans les villes dustrielles du Nord et du Pas-de-Calais, remèdes apides et pratiques.**

— M. M.-A.-A. GONTIER DE LA ROCHE, de Lille (Nord), terne des hôpitaux de Lille, préparateur à l'Institut asteur, moniteur d'histologie à la Faculté, a soutenu, vec succès, le mercredi 27 mai 1903, sa thèse de doctorat série, n° 132), intitulée : **Modifications histologiques pancréas après exclusion partielle chez le cobaye.**

Notre Carnet

Le docteur GEORGES ROUZÉ, de Lille, nous fait part de n mariage avec Mademoiselle THÉRÈSE GAONACH. Nos eilleurs souhaits.

— Le mercredi 27 mai, a été célébré, à Béthune, le ariage du docteur EDMOND ODOUL avec Mademoiselle ARGUERITE DUBOIS. Nous adressons nos meilleurs souhaits bonheur et de prospérité au nouveau couple.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Rodolphe NOACK, de Lyon (Rhône).

Dans une note sur le traitement de la tuberculose par le goménol, présentée au Congrès de Madrid, MM. BERNHEIM et QUENTIN signalent que depuis plusieurs mois ils emploient dans leurs Dispensaires Parisiens de l'Œuvre de la Tuberculose humaine ce produit qui leur a donné les plus encourageants résultats.

D'une façon générale, ce que l'on observe d'abord, c'est une amélioration des signes surajoutés aux lésions tuberculeuses : bronchite et congestion rérituberculeuse, fétidité des crachats d'une part ; de l'autre, amélioration des signes fonctionnels et généraux ; diminution de la toux, arrêt des sueurs nocturnes, amoindrissement de la fièvre, reprise de l'appétit et, dans la plupart des cas, augmentation du poids.

Concurremment, les symptômes locaux s'amendent ; les crachats se fluidifient, les mucosités ont une tendance à se tarir; la caséification paraît s'arrêter ; les râles humides diminuent, mais ce n'est que tardivement, dans les cas de guérison, qu'on note la disparition des bacilles.

Quoi qu'il en soit, le goménol agit à la façon d'un balsamique, d'un désinfectant des voies bronchiques par lesquelles il s'élimine et dont il empêche au passage l'infection par les associations microbiennes : c'est un désodorisant des mucosités bronchiques, un antiputride et comme tel, il combat de façon très efficace les phénomènes de fermentation putride qui se passent au niveau des vastes ulcérations pulmonaires.

Si l'on ne peut dire qu'il est un spécifique des lésions tuberculeuses, du moins, intervient-il pour empêcher des lésions de devenir mixtes et écarter les associations infectieuses. Il modifie avantageusement la muqueuse bronchique dont il assure le balayage, puis la cicatrisation. Il met l'organisme en état de résistance effective et suscite ses défenses naturelles.

C'est donc, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'un des plus utiles adjuvants thérapeutiques que l'on ait expérimenté depuis longtemps.

Quant au mode d'administrer le goménol, on peut le prendre par la voie buccale, en lavements ou en inhalations.

Dans les dispensaires antituberculeux, on l'injecte sous forme d'huile goménolée à 20 ou à 33 %. Commençant par injecter d'abord 2 c.c. d'huile goménolée au 1/5, on pousse cette dose graduellement à 28 c.c., mais nous préférons actuellement recourir à une huile plus riche en goménol et injecter une dose moindre : c'est ainsi que nous injectons d'abord l'huile faible, en augmentant jusqu'à 10 c.c. Le malade prend ainsi par jour jusqu'à 2 grammes

de goménol, puis nous injectons de l'huile goménolée à 33 °/₀ et quand nous atteignons 10 c.c. le malade prend quotidiennement 3 gr. 30 de goménol.

Mais nous avons observé que cette dose élevée est inutile. Il suffit d'injecter 5 c.c. d'huile goménolée à 33 °/₀ et le malade qui absorbe ainsi par jour 1 gr. 65 de goménol est imprégné pendant 24 heures du produit actif.

On peut prendre des injections pendant un mois, un mois et demi, puis cesser pendant 15 jours et recommencer une deuxième et même une troisième série.

Le goménol est un produit facilement toléré, ni toxique, ni caustique. Injecté dans la masse musculaire des fesses, il ne produit aucune irritation. Immédiatement ou quelques minutes après son administration, le produit se manifeste par une odeur agréable exhalée par la respiration. Il exerce une action favorable sur la fièvre qu'il tempère, sur l'appétit qu'il augmente, sur la toux et l'expectoration qui diminuent. Le poids du corps s'accroît, les forces reviennent, l'état général s'améliore. Nous ne croyons pas que le goménol, qui est cependant un aseptique très puissant, neutralise la virulence du bacille de Koch, car ce pathogène persiste fort longtemps même chez les tuberculeux qui s'améliorent ; mais cet agent médicamenteux tarit à coup sûr l'hypersécrétion trachéo-bronchique et semble faire disparaître les associés du bacille de Koch, mille fois plus redoutables que le pathogène tuberculeux lui-même. Comme la fièvre disparaît sous l'influence de l'huile goménolée chez tous les malades, même chez ceux qui ne s'améliorent pas, nous pensons aussi que ce terpinol naturel exerce une certaine action sur les toxines sécrétées par le bacille de Koch.

OUVRAGES REÇUS

— **Les dispensaires antituberculeux et leur rôle dans la lutte sociale contre la tuberculose** (le dispensaire Emile Roux, à Lille), par MM. les docteurs A. Calmette, D. Verhaeghe et Th. Woehrel, extrait de *La Lutte antituberculeuse*, 1903.

— **Des causes de l'appendicite et de son traitement à Châtel-Guyon**, par le docteur Lucien Bartoli, Tours, Impr. Tourangelle, 1903.

— **Climat et eaux minérales d'Autriche-Hongrie**, par le docteur Labat, Paris, Baillière, 1903.

— **Les seules affections justiciables de Balognes de l'Orne**, par le docteur Hannequin, Paris, Gainche, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

21e Semaine, du 17 au 23 Mai 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	4
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	7	3
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	5
40 à 60 ans	9	7
60 à 80 ans	8	11
80 ans et au-dessus	2	3
Total	49	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS / Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	2	»	»	»	»	2	»	»	4
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale	»	1	»	1	»	2	»	»	1	»	»	5
Bronchite et pneumonie	»	1	2	2	1	»	1	»	»	»	»	7
Maladies organiques du cœur	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	»	1	»	5	1	»	»	»	1	2	»	9
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire	2	5	1	1	3	2	»	»	1	»	»	15
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2
Accident	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide	»	»	»	1	»	»	»	»	2	»	»	1
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	4	4	3	9	4	4	5	»	4	»	1	38
TOTAL des DÉCÈS	8	14	7	22	9	9	7	»	11	2	1	90
NAISSANCES par Quartier	6	13	19	26	9	11	9	7	14	2	4	120

. Septième Annee. N° 23 Le Numéro : **10** centimes 7 Juin 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les anciennes classifications des fièvres

Par le docteur **Ingelrans**, Chef de clinique médicale à la Faculté.

La fièvre est un symptôme capable de se manifester dans les conditions les plus diverses. Parmi ses multiples causes, l'intoxication, qu'elle soit autogène ou hétérogène, occupe, de beaucoup, la place la plus importante ; qu'il suffise de rappeler que la fièvre infectieuse est une fièvre toxique, pour faire entrevoir cette part capitale de l'intoxication dans la genèse du symptôme.

Ces notions simples, qui sont définitivement acquises, datent d'une époque toute récente. La fièvre d'infection, dont on ignorait absolument le mécanisme avant la découverte des toxines microbiennes, était naguère considérée comme une maladie en soi : on l'étudiait comme telle, on la morcelait en de nombreuses divisions et subdivisions, d'une manière tout-à-fait empirique et, jusqu'à la connaissance claire de l'étiologie des fièvres, on vécut sur des conceptions arbitraires et erronées que nous voudrions faire entrevoir ici ; il s'agit de jeter un coup d'œil très rapide sur les anciennes classifications des fièvres. L'histoire très complète de ces théories est faite partout, avec d'amples détails ; essayons de la parcourir succinctement.

I

La fièvre. — Les fièvres essentielles. — Infection généralisée et localisée. — Défaut capital des anciennes classifications. — Intérêt de l'étude de l'ancienne pyrétologie. — Évolution générale des idées sur les fièvres avant la doctrine de l'infection.

La fièvre aseptique existe sans nul doute : ainsi la fièvre musculaire, la fièvre de digestion, la fièvre de lait, les fièvres émotive, thermale, nerveuse, hystérique, la fièvre par auto-ou hétéro-intoxication non microbienne, etc. Toutes ces modalités se produisent, mais elles n'importent pas à notre sujet et nous n'avons point à en parler. Au contraire, la fièvre septique ou toxi-microbienne comprend la majeure partie des anciennes fièvres dites essentielles et c'est d'elle seule qu'il sera question.

Bien que, en réalité, toute fièvre infectieuse reconnaisse une pathogénie univoque, on peut reconnaître naturellement deux espèces de fièvre septique, l'une relevant de l'infection localisée, l'autre de l'infection généralisée.

Les lésions inflammatoires des organes frappés isolément entraînent, dans la règle, l'apparition de la fiè-

vre. Celle-ci est due, dans ce cas, aux substances pyrétogènes fabriquées sur place par les agents infectieux dans l'organe qu'ils ont atteint, substances déversées ensuite dans la circulation et troublant le système nerveux thermo-régulateur.

Les infections générales, c'est-à-dire sans localisation tout au moins permanente et nettement discernable, donnent une fièvre relevant de la présence dans la circulation de toxines engendrées en de très multiples foyers, peut-être même dans toute l'économie.

Cette distinction est d'une importance indéniable et veut être conservée.

Les maladies où l'infection locale manque passagèrement ou d'une façon permanente, constituent les pyrexies ou fièvres proprement dites. Ce sont des affections *totius substantiæ*, dont on connait actuellement l'étiologie infectieuse, mais qui, avant cette découverte capitale, ont été appelées fièvres essentielles par tous ceux qui reconnaissaient en elles une absence évidente de localisation : elles correspondaient donc à nos infections générales.

La connaissance des micro-organismes et de leurs toxines rend, pour nous, claire et compréhensible la nature des fièvres ; qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde ou du choléra, le même mécanisme préside toujours à la genèse du symptôme fièvre, et nous savons que la différenciation entre les deux infections doit se faire au moyen de l'étiologie. Le bacille d'Eberth dans le premier cas, le bacille-virgule dans l'autre, voilà ce qui est important et ce qui seul peut servir de base à une classification naturelle ; les caractères du mouvement fébrile n'ont qu'une valeur symptomatique et nullement spécifique.

Au contraire, avant qu'on connût l'infection, une classification vraie des fièvres ne pouvait d'aucune manière s'édifier. Effectivement, tout manquait aux innombrables pathologistes qui ont tenté cette entreprise et les meilleures divisions ne valaient rien, n'ayant point de base pour s'asseoir.

Les cliniciens les plus expérimentés reconnaissaient bien que la variole et le typhus, par exemple, offrent un tableau symptomatique et un cycle bien différents l'un de l'autre ; s'ils voulaient classer ces pyrexies et leur assigner une place déterminée par rapport aux autres, ils se voyaient forcés de les faire entrer dans un groupe contenant des fièvres d'un tout autre ordre. Ce groupe était nécessairement factice, car ces caractères étaient, par nature, incapables de permettre un classement exact. Ainsi, quand il dérivait des caractères du mouvement fébrile, la variole se trouvait au voisinage d'affections toutes différentes, mais dont le mouvement fébrile avait des caractères identiques, et chacun sait qu'il y a de telles maladies, qui cependant sont très éloignées de la variole. Si le groupement dérivait du cycle évolutif, de la marche de l'affection, alors le typhus ou la variole étaient transportés à côté d'autres maladies qui n'ont rien de commun avec la variole et le typhus, que ce cycle évolutif, incapable, lui aussi, de constituer un caractère générique.

Par conséquent, les classifications étaient purement arbitraires et il n'en pouvait être autrement, puisque le principe directeur d'un ordre naturel n'était même pas entrevu. Si le médecin comprenait l'impossibilité d'un classement, il en était réduit à envisager chaque maladie isolément, à constater ses modalités cliniques et à ne rien dire de plus, si ce n'est que la scarlatine n'est pas la fièvre paludéenne, ce qui était la négation même d'une science des maladies, puisque toute généralisation demeurait interdite. Pris entre ces deux alternatives : constater simplement l'existence de certaines fièvres ou classer les fièvres de mille manières sans approcher de la vérité, les auteurs qui vécurent avant la découverte de l'infection durent se résigner au rôle d'observateurs et de cliniciens et se contenter d'espérer qu'un jour viendrait où une classification vraie serait apportée par la connaissance de la cause des fièvres. Encore, ceux qui conçurent pareilles idées furent-ils l'exception, même parmi les derniers venus et la plupart s'égarèrent-ils dans des systèmes qui font de la pyrétologie historique, « une énumération d'hypothèses » (Lereboullet).

Y a-t-il donc quelque utilité à suivre la filiation des idées sur les fièvres au cours des âges ? tout n'est-il pas vain et d'intérêt purement spéculatif à énumérer des théories dont il ne reste qu'un nom ? Doit-on même jeter un simple coup d'œil sur ce qui n'est plus que de l'histoire ? Deux raisons nous portent à croire que le médecin a besoin de quelques notions sur l'évolution des idées concernant les fièvres, notions dont nous donnons ici un très restreint sommaire.

La première raison est fournie par Littré : « Les doctrines générales, dit-il, sont choses bonnes et utiles. Ce n'est pas sans fruit qu'on étudie les efforts renaissants de la médecine pour se continuer et se créer des lois ; ce n'est pas non plus sans intérêt qu'on voit

naître ces dominations de systèmes, s'écrouler ces empires scientifiques devant les irruptions de doctrines ou nouvelles ou régénérées et naître, d'intervalle en intervalle, ces puissants esprits, législateurs temporaires, à qui finit toujours par échapper la science mobile et progressive. »

La seconde raison, plus pratique, est la suivante. Les auteurs des siècles passés ont accumulé bien des erreurs, mais aussi bien des faits qui, eux, gardent une valeur indéniable, du fait surtout qu'ils ont été recueillis par d'excellents observateurs pour la plupart. Des termes nouveaux se sont fait jour dans la science médicale : à ces termes ne correspondent pas des maladies nouvelles. Il est nécessaire, en clinique, de savoir comment les anciens désignaient telle ou telle maladie pour rechercher, sous le nom qu'ils lui donnaient, des observations souvent utiles à plus d'un égard. La lecture d'un texte, même très rapproché de nous, n'est d'aucun fruit à celui qui ignore ce qui se cache sous une dénomination surannée qui n'éveille pas dans l'esprit l'idée de son équivalent actuel. Les grandes lignes au moins de ces divisions méritent d'être rappelées : cela tient à la fois de la philosophie médicale et de l'histoire de la médecine. Les noms qu'on citera plus bas pourraient servir de jalons à qui voudrait se faire quelque idée de ce que l'on croyait jadis. La lecture de ces écrivains permettrait de suivre, d'une façon élémentaire, l'évolution de la doctrine des fièvres.

Les fièvres des anciens auteurs comprennent ce que nous désignons aujourd'hui, sous les rubriques de fièvres éruptives et de maladies typhoïdes, avec la plupart de nos infections généralisées. Les classifications en ont été très multipliées et fort variables d'époque en époque. Celles-ci sortaient, pour la plupart tout armées de la tête de leur inventeur. Chacun successivement proposait la sienne et l'une ne dérivait pas de l'autre, mais d'ordinaire le remaniement se trouvait quasi complet à chaque nouvelle doctrine qui prenait corps. En pouvait-il être autrement, si l'on songe que chaque auteur partait d'un nouveau principe pour classer ces maladies, et était d'autant plus porté à le faire qu'il distinguait mieux les lacunes et les parties erronées de la division de son prédécesseur? Voyant ce dernier aboutir à une espèce d'impasse, il ne tentait plus d'avancer dans le même chemin, mais essayait d'une voie nouvelle, aussi peu certaine à coup sûr, tant qu'on n'avait point en mains le fil directeur tant recherché. Dans ces conditions, si quelque progrès semblait se faire, il était vite suivi d'un retour en arrière, retour parfois considérable dont Broussais, il y a moins d'un siècle, a fourni un si éclatant exemple. Seules les découvertes de Pasteur ont mis fin à cette série de va-et-vient dans laquelle il est malaisé de suivre la trace d'une évolution définie.

Cette évolution est pourtant à l'état d'ébauche dans la longue suite des théories qui se sont fait jour sur la question des fièvres. Au début, dans l'antiquité, une vision assez nette des grandes lignes est évidente, puis c'est un brusque recul avec l'introduction des vues les plus erronées. Cette période est çà et là coupée par de parfaites descriptions cliniques de quelques maladies à signes tranchés. Ensuite, les classifications se multiplient : quelques-unes ont un réel intérêt, lorsque l'école de Broussais ramène une obscurité, dont on ne se dégage qu'à grand peine pendant le dix-neuvième siècle. Avant Pasteur toutefois, des pathologistes entrevoyaient un classement des fièvres assez satisfaisant, mais encore loin, il faut le dire, de celui que nous savons maintenant correspondre à la réalité, car ce dernier est étayé sur la cause même du mal pour chaque espèce d'infection.

II

Hippocrate et la semeiotique des fièvres. — A-t-il connu nos fièvres continues ? — Pyrexies et phlegmasies. — La division de Galien. — Les Arabes. — Le moyen-âge. — Fernel, Rivière, Willis, Sydenham, Torti, Linné, Vogel, Borsieri, Sauvages, Pinel. — Erreurs inévitables et confusion complète.

Hippocrate décrit minutieusement les variétés de fièvres qu'il observe, mais il n'émet aucune théorie d'où on puisse extraire une distinction entre les diverses espèces. Il signale un grand nombre de types fébriles dont les uns s'accompagnent de délire, de coma, de hoquet, de frisson, les autres de vertige, d'algidité terminale, etc. Il décrit les fièvres synoque, quotidienne, tierce, quarte, quintane, septane, etc. ; c'est là tout. Il considère bien les fièvres comme relevant de la prédominance ou de l'altération de l'une des humeurs cardinales, mais il n'arrive pas à l'idée qu'elle puissent être symptomatiques ou essentielles. Elles sont uniquement envisagées en ce qui a trait à leurs modalités et à leurs symptômes propres. Cependant, il croit que des fièvres sont causées par l'air, et d'autres par une mauvaise nourriture. La plupart proviennent de la bile et de la pituite qui s'échauffent et enflamment le reste du corps.

On peut lire chez plusieurs auteurs qu'HIPPOCRATE a distingué les fièvres continues des fièvres intermittentes. Assurément, on trouve cette division nettement indiquée dans ses ouvrages, mais il faut prendre garde que la ξυνεχής dont il est question dans les *Épidémies* est une fièvre continue qui n'a rien à voir avec ce que nous désignons ainsi dans nos climats. Pour nous, les fièvres continues comprennent la fièvre typhoïde et le typhus : or, LITTRÉ est d'avis qu'il ne peut être question de ces maladies dans les livres hippocratiques. Sous le nom de fièvres continues, HIPPOCRATE a compris toutes les fièvres qui n'ont pas d'intermissions régulièrement caractérisées : ce qu'il voulait désigner, c'était la grande fièvre remittente ou continue, qui est endémique dans les pays chauds. Il y a identité entre les fièvres rémittentes et pseudo-continues des pays chauds et ce qui est rapporté dans les livres des *Épidémies*, mais les continues des pays chauds ne sont pas celles de nos climats. Le plus souvent, là-bas, c'est du paludisme ; ici, c'est de la fièvre typhoïde ou du typhus. Le paludisme pseudo-continu, écrit MAILLOT en 1836, simule tout à fait une affection réellement continue ; les fièvres intermittentes peuvent affecter, dès le début, une marche continue (1). HIPPOCRATE n'a pas distingué nos fièvres continues de la fièvre intermittente ; il a simplement vu le paludisme à forme continue, et le fait a par lui-même une importance déjà assez grande. D'ailleurs, sa division n'offre point une démarcation absolue. Il désigne indifféremment sous le nom d'intermittentes ou de continues des fièvres qui présentent des rémissions et des exacerbations marquées

Les fièvres intermittentes n'ont formé un groupe bien distinct qu'au moment où on les rangea sous le titre de fièvres à quinquina et c'est l'action spécifique de ce remède qui servit à opérer cette excellente division, dont l'empirisme thérapeutique fit presque tous les frais.

Après HIPPOCRATE, GALIEN arrive à une conception beaucoup plus juste de la nature des fièvres et c'est à lui qu'est due la division générale en fièvres symptômatiques d'une lésion inflammatoire d'un organe quelconque et fièvres sans lésion localisée. Cette distinction entre les *pyrexies* et les *phlegmasies*, il l'exprime très nettement dans la phrase que voici : « Parmi les fièvres, les unes dérivent des phlegmasies et ne sont que comme des *symptômes* tenant aux parties enflammées ; celles qui proviennent des humeurs sont appelées fièvres et elles sont, non pas des symptômes, mais des *maladies*. » Toute la différence entre l'infection localisée et l'infection généralisée est en germe dans cette déclaration. La réalité et la nécessité de cette distinction n'a pas tardé à être méconnue après GALIEN et cela n'a pas peu contribué à embrouiller les notions qu'on acquérait de siècle en siècle sur les affections fébriles. La confusion des *pyrexies* avec les *phlegmasies* domine toute l'histoire de cette question jusqu'à la veille même du jour où l'infection a été découverte. A ce titre, il est permis de dire que GALIEN a approché la vérité de plus près que beaucoup de nosographes modernes.

(1) MAILLOT lui-même d'ailleurs, en 1836, confond encore la typhoïde observée en Algérie avec la fièvre continue palustre.

Les fièvres-maladies qu'observaient HIPPOCRATE et GALIEN, mais qu'ils étaient incapables d'individualiser, c'étaient le paludisme, l'érysipèle, la dothiénentérie, la peste bubonique, le charbon, le rhumatisme articulaire aigu, les oreillons, la diphtérie, la lèpre, peut-être le typhus exanthématique et la typhoïde, etc. On retrouve effectivement chez ces auteurs et leurs contemporains des descriptions qui se rapportent évidemment à ces entités morbides.

Après eux, les Arabes continuèrent les doctrines galéniques et les commentèrent sans guère les modifier. Le respect des anciens se perpétua de la sorte jusqu'au moyen-âge et pendant une grande partie de ce dernier. On se contentait de suivre leurs idées jusqu'au bout et de les développer en toute manière.

Parmi les Arabes, c'est ce que firent AVERROÈS et AVICENNE. Ils continuent à admettre des fièvres-symptômes et des fièvres-maladies. A cette époque, cette dernière classe s'enrichit de la variole que décrit RHAZÈS, au neuvième siècle. La rougeole que les Sarrasins importent en Europe vers le septième siècle, n'est pas différenciée, même par ses grands symptômes. Il faudra attendre SYDENHAM pour qu'on aperçoive sa physionomie spéciale. La morve, au contraire, est signalée par ABSYRTHE et par VEGÈCE au quatrième siècle.

L'humorisme règne toujours en maître ; nous le retrouvons à la fin du moyen-âge avec FERNEL (1581). Celui-ci admettra, par exemple, que les fièvres intermittentes sont dues à un excès de bile jaune ou de bile noire altérant le sang. FORESTUS, en 1602, reste comme FERNEL sur le terrain descriptif ; ces écrivains n'arrivent point à établir une classification digne de

ce nom. Avant eux, pourtant, de grandes maladies infectieuses venaient d'être décrites avec assez de précision, mais on les faisait entrer de force dans des catégories dont les caractères distinctifs étaient tirés de la marche du mouvement fébrile, des modifications dans les fonctions digestives ou urinaires, etc., bref, étaient tout à fait impuissants à constituer des cadres répondant à la réalité des faits. La scarlatine, la rubéole, la grippe, la coqueluche, telles étaient ces maladies nouvelles auxquelles on imposait des dénominations multiples, mais dont la spécificité n'était pas même imaginée. Ainsi, pour en donner une idée, on voit, en 1648, RIVIÈRE diviser les fièvres en simples et putrides. Tout ce qu'on avait signalé avant lui devait se soumettre à cette double répartition. Les fièvres simples sont, pour RIVIÈRE, la fièvre éphémère, la synoque et la fièvre hectique. Les fièvres putrides sont symptomatiques ou primitives. Parmi ces dernières, on distingue des formes colliquative, horrifique, assode, élode, syncopale, etc. Nous ferons grâce du reste.

On devine avec quelle difficulté la variole, la grippe, la scarlatine et toutes les autres pyrexies devaient trouver une place convenable dans ces groupements mal établis ; il fallait cependant qu'elles prissent rang à tel ou tel endroit, et alors les maladies spécifiques étaient démembrées, leurs formes cliniques étaient envisagées comme autant de maladies distinctes et le nombre des fièvres augmenté d'autant. Au fur et à mesure que la clinique signalait des symptômes nouveaux, la liste grossissait, de nouvelles espèces surgissaient. Des classificateurs survenaient qui les étiquetaient sans relâche et, dans cette fausse direction, on fut mené si avant qu'en 1768, SAUVAGES arrivera à distinguer *cent cinquante-cinq* espèces de fièvres (1) !

Pour en terminer avec RIVIÈRE, c'est lui qui, en France, mentionna les *variolæ crystallinæ* qu'il différencia de la variole ; or, sous ce nom, c'est évidemment la varicelle qui est désignée. SENNERT presque seul avant lui, l'avait signalée en Allemagne.

Ses successeurs, WILLIS en tête, adoptèrent à peu de chose près sa classification générale et ne furent guère réformateurs dans ce sens. Le nom de WILLIS toutefois exige plus qu'une mention.

Jusqu'à ce moment (1667), la division capitale en pyrexies et phlegmasies dont on a déjà dit deux mots, est toujours observée. A côté des fièvres essentielles, on laisse toujours une large place aux fièvres symptomatiques de l'inflammation d'un organe. WILLIS est hostile à cette conception si juste : il pense que la maladie générale domine constamment. Nulle fièvre putride, à son avis, n'est symptomatique d'une maladie locale. Ainsi, au cours des fièvres malignes, il découvre des ulcérations intestinales : c'est là, pour lui, le produit de la maladie générale primitive. Quelques pas de plus, et on en arrivera à nier l'existence des phlegmasies.

A cette date, et en dépit des théories, la clinique continue sa marche et isole de nouveaux types morbides. C'est l'époque où SYDENHAM (1666, 1676), étudie si complètement la variole et la scarlatine et sépare la rougeole du chaos où elle était mêlée, en même temps qu'il différencie le rhumatisme articulaire aigu de la goutte, tâche que BAILLOU, cent ans plus tôt, n'avait qu'ébauchée. A cette date également la fièvre jaune est connue. Toutes ces notions nouvelles sont définitivement acquises, mais la place qui revient à tous ces syndromes n'en est pas mieux marquée. Nous disons syndromes, car la variole, la scarlatine, etc., n'étaient rien d'autre pour nos pères à qui, nous le répétons encore, l'idée de spécificité faisait totalement défaut.

La découverte du quinquina et sa diffusion en Europe vers le milieu du XVII[e] siècle, permit à TORTI d'isoler le paludisme non-seulement dans sa forme intermittente, mais aussi dans sa forme subcontinue. La création d'un groupe naturel de fièvres se faisait ainsi à la faveur d'un remède spécifique. La fièvre à quinquina de TORTI (1712), disent KELSCH et KIENER, comprend tout notre paludisme. A cette date, sans thermométrie, sans plessimétrie, sans examen microscopique du sang, sans chimie urinaire, sans étiologie ni anatomie pathologique, la clinique, avec ses seules forces, délimitait cette pyrexie si complexe !

Les vues si justes de TORTI ne furent point admises par tous, tant s'en faut, et on continua à essayer de nouvelles divisions, à point de départ toujours erroné.

Laissons de côté les noms de BELLINI et de STAHL (1708) ; ce dernier, comme WILLIS, continue à confondre les deux grandes catégories des fièvres. LINNÉ agit

(1) BROUSSAIS dit quelque part, à ce propos, qu'avec deux symptômes de plus que ceux d'après la combinaison desquels SAUVAGES a fondé sa division pyrétologique, les connaissances mathématiques les plus vulgaires nous apprennent que nous pourrions former des millions d'espèces de fièvres. Comme contre-partie, on peut faire remarquer que BROUSSAIS, de son côté, arriva par une autre méthode à nier la fièvre même, ce qui ne vaut guère mieux !

de la même façon : il divise celles-ci en exanthématiques, critiques et phlogistiques. Les premières comprennent la peste, la variole, la rougeole, la fièvre pétéchiale, la syphilis, la miliaire, les aphthes, l'érysipèle. Les fièvres critiques sont continentes, intermittentes ou exacerbantes. Les phlogistiques réclament la pleurésie, la gastrite, les fièvres musculaires, l'ophtalmie, etc. Tout est à critiquer dans une pareille manière de voir.

Quand, en 1772, VOGEL imagina une théorie du même genre, les observations cliniques d'HUXHAM avaient réussi à différencier la fièvre typhoïde du typhus exanthématique. Ce dernier constituait la fièvre putride, maligne ou pétéchiale, tandis que la dothiénentérie était dite fièvre nerveuse lente. BELLOT, BOYER et VANDERMONDE avaient isolé la suette miliaire. CULLEN étudiait le rhumatisme aigu.

La classification de BORSIERI vit alors le jour (1781). Cet auteur revient avec raison à la division galénique des pyrexies et phlegmasies. Mais, d'un trait de plume, il raye les fièvres éruptives ; il les qualifie d'exanthèmes primitifs, car, dit-il, la fièvre tantôt les précède, tantôt les accompagne, tantôt ne fait ni l'un ni l'autre Ce seul exemple est frappant : il montre dans quelle obscurité se mouvaient les pathologistes et combien ils étaient éloignés d'entrevoir la moindre part de vérité dans cette question, pour eux si ardue, de la pyrétologie.

SAUVAGES, vers le même temps que BORSIERI, aboutissait à distinguer douze classes de fièvres avec de très multiples subdivisions. Ainsi la suette rentre dans la classe des synoques, la variole dans les synoques putrides avec le rhumatisme. La fièvre jaune ou typhus ictéroïde avoisine, dans le quatrième groupe, le typhus hystérico-verminosus. En revanche, la fièvre typhoïde est séparée du typhus exanthématique pour voisiner avec la fièvre hectique syphilitique. SAUVAGES tombe complètement dans l'erreur qui consiste à prendre les fièvres symptomatiques pour des entités ; il appelle fièvre une maladie causée par une indigestion ou un abcès du sein ou une fracture quelconque. La confusion est complète et s'exagère encore avec SELLE qui qualifie de fièvres presque toutes les maladies aiguës (1773).

Faut-il continuer ces énumérations ? faut-il insister sur CULLEN qui, en 1778, à Edimbourg, imagine un système tout aussi théorique que ceux de ces prédécesseurs. Faut-il même s'arrêter à PINEL qui, à l'aube du XIXe siècle, publie sa *Nosographie philosophique* ? Cet ouvrage a cependant marqué un véritable progrès, car le nombre des fièvres y est considérablement réduit; il n'en reste que six classes ; les angioténiques, les méningo-gastriques, les adéno-méningées, les adynamiques, les ataxiques et les adéno-nerveuses. Le grand défaut de cette division c'est, comme toujours, de ne s'appuyer que sur des symptômes dont la valeur est singulièrement exagérée par le nosographe. D'un autre côté, des parties capitales sont passées sous silence : ainsi, nulle vue d'ensemble sur la fièvre typhoïde, presque rien sur les fièvres éruptives qui seraient des phlegmasies, des dermites avec réaction fébrile.

Bien d'autres noms seraient à citer, mais ce serait aller au devant de redites inévitables et nous avons hâte d'arriver à BROUSSAIS.

III

Broussais et l'Histoire des phlegmasies — Retour en arrière. — La gastrite et l'inflammation. — Bouilland et l'angiocardite. — Découverte de la spécificité morbide. — Laënnec et la tuberculose.— Bretonneau: la diphtérie.— Louis : la fièvre typhoïde. — Andral. — Jaccoud. — Les contemporains et les infections spécifiques.

BROUSSAIS, au début du dix-neuvième siècle, voulut localiser toutes les fièvres essentielles, c'est-à-dire faire rentrer toutes les pyrexies dans le groupe des phlegmasies. Plus de fièvres essentielles, mais simplement de la fièvre au cours d'une lésion quelconque, capable de l'engendrer. Une telle conception fit reculer la science médicale jusqu'au delà de GALIEN, dont la grande division se trouva ainsi méconnue pendant une période d'assez longue durée et par toute une école dont les doctrines faisaient loi.

La réalité telle que la voit BROUSSAIS tient en cette phrase : « Tout l'appareil des fièvres essentielles n'est que l'effet sympathique d'un érythème de la muqueuse gastro-intestinale. » Les affections générales s'écroulent : toute maladie commence par un système et se communique à d'autres. Les irritations internes se propagent à l'estomac et au cœur et de là passent au cerveau.

Pour se rendre compte de toute l'importance attachée à la gastrite par l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies*, il faut savoir que ce dernier avait sur l'inflammation des idées toutes spéciales. Pour lui, la chaleur et d'autres causes, réagissant sur les organes, peuvent déterminer une irritation qui retentit, par sympathie, au moyen des nerfs, sur d'autres organes. Si l'estomac et l'intestin sont très vulnérables, c'est qu'ils ont une

structure vasculo-nerveuse très accentuée et qu'ils sont perpétuellement soumis à l'influence des stimulants externes. Dans ces conditions, l'appareil gastro-intestinal est le plus irritable et il est le primum movens de toutes les maladies fébriles. BROUSSAIS qui, au début, était plus essentialiste que PINEL, finit par aboutir à une conception diamétralement adverse. La médecine qu'il fonda combat à fond la doctrine de l'essentialité et ses représentants, les ontologistes. Tout est phlegmasie ; qui plus est, tout est ramené à la gastrite. Les fièvres éruptives elles-mêmes débutent par la gastro-entérite.

Ce n'est pas tout : l'inflammation, à laquelle BROUSSAIS ne voit plus de bornes, amène les cancers, les tubercules, les scrofulides, etc. La gastro-entérite domine toute l'inflammation ; l'inflammation domine toute la pathologie. Voilà les exagérations où donna presque toute l'école française, au moment même où BAYLE décrivait la phtisie tuberculeuse, où BRETONNEAU isolait la diphtérie, où l'on étudiait le choléra lors de sa première apparition en Europe et où LOUIS venait de faire ses magnifiques découvertes sur la fièvre typhoïde au point de vue anatomo-pathologique ! Mais tout cela était lettre morte pour BROUSSAIS : ses théories devaient tout anéantir et, pour ce faire, il n'hésitait jamais à tirer des observations des conclusions qui n'en découlaient à aucun titre. Cela va si loin qu'il va jusqu'à déclarer nulles toutes les constatations d'autrui qui ne cadrent pas avec ce qu'il enseigne et qui portent la moindre atteinte à ses propres doctrines. Il se flatte d'accomplir la révolution la plus remarquable que la médecine ait éprouvée dans les temps modernes.

Combien il a fallu torturer les faits pour leur permettre de s'adapter à la doctrine du maître, on le devine aisément. LEREBOULLET écrit que l'enthousiasme avec lequel des paradoxes qui ne méritent pas une réfutation sérieuse ont été acceptés par les élèves de BROUSSAIS, le zèle et l'opiniâtreté avec lesquels les partisans de la doctrine physiologique ont défendu les assertions du maître, prouvent ce que peut le talent d'un homme et combien vite ses doctrines s'écroulent le jour où il ne peut plus les soutenir lui-même.

Effectivement, ce novateur qui prétendait que sa doctrine physiologique aurait sur la population une influence plus marquée que la découverte de la vaccine, vit le plus grand nombre de ses partisans l'abandonner bien avant la fin de sa vie. Sa conception des fièvres marque une date capitale dans l'histoire de la pyrétologie, car elle a enrayé un mouvement en avant dont LOUIS, LAENNEC et ANDRAL furent les directeurs, mouvement qui a néanmoins fourni ce qu'il était capable de donner, mais dont l'essor a été bridé tout le temps que BROUSSAIS fut le maître.

BOUILLAUD, lors de ces travaux, édifiait de son côté une conception des fièvres également localisatrice, mais ce ne sont plus les lésions gastro-intestinales qui, cette fois, sont incriminées. Avec BOUILLAUD, la fièvre a son siège dans le système vasculaire sanguin en état de phlegmasie ; c'est une angiocardite et c'est une maladie dont la nature est toujours la même. Néanmoins, nous assistons encore à une classification dont la fièvre angioténique tient la tête, suivie de la bilieuse ou méningo-gastrique, de la muqueuse ou adéno-méningée, des typhus, de la fièvre maligne ou ataxique, etc. De tout ceci il ne reste que des mots : pas plus qu'aux siècles précédents la nature des choses n'était saisie et, en conséquence, tout effort d'arrangement méthodique restait aussi vain que par le passé.

Les choses en étaient là au début du siècle dernier et ces doctrines, par leur apparente simplicité, avaien conquis beaucoup d'adhérents, lorsque LOUIS, LAENNEC et BRETONNEAU, chacun de leur côté, portèrent des coups irrémédiables à l'édifice du physiologisme, en mettant au jour des altérations anatomiques caractéristiques dans la fièvre typhoïde, la tuberculose et la diphtérie.

Avec ces trois cliniciens, la spécificité prend droit de cité dans la pathologie (1). On ne peut à cette place signaler, même rapidement, l'importance de l'œuvre de BRETONNEAU et de LAENNEC à cet égard. Qu'il suffise de rappeler que ce dernier, dans une synthèse géniale, consacre l'indépendance de la tuberculose : spécifiste convaincu, il déclare que les tubercules sont des productions étrangères, vivant d'une vie spéciale, tandis que BROUSSAIS en faisait un produit d'irritation. BRETONNEAU, d'autre part, étudiant la diphtérie et la dothiénentérie (1826-1829) démontre que c'est à la spécificité de l'inflammation que se rapportent la durée, la gravité

(1) On ne peut nier que les anciens aient entrevu, pour une part, la spécificité morbide. Je lis dans la Préface de la *Médecine pratique* de SYDENHAM : « Il faut réduire toutes les maladies à des espèces précises et déterminées, avec le même soin et la même exactitude que les botanistes ont fait dans leurs traités sur les plantes. » De là, à l'application il y a place pour un abîme, car SYDENHAM continue quelques lignes plus loin « Les causes des maladies sont entièrement incompréhensibles et inexplicables ». Dès lors plus de classement possible.

et le danger de la plupart des pyrexies (1). Que le curieux, désireux de plus de détails, lise la belle clinique que TROUSSEAU a consacrée à la spécificité. Ici, comme il s'agit de fièvres, nous ne voulons retenir que le nom de LOUIS.

BRETONNEAU venait de découvrir la dothiénentérie. En 1829, LOUIS, après quatre ans d'études acharnées faites à l'Hôtel-Dieu chez CHOMEL, publia ses *Recherches sur la fièvre typhoïde*.

Il y déclare que l'affection typhoïde est une maladie aiguë, dont le caractère anatomique consiste dans une altération spéciale des plaques de PEYER, comme les tubercules forment le caractère de la phtisie. LOUIS ramène à la fièvre typhoïde toutes les fièvres décrites par PINEL, à part la peste. C'était aller trop loin, c'était substituer à la gastro-entérite imaginaire de BROUSSAIS la lésion réelle des plaques elliptiques, mais c'était, dans les deux cas, vouloir tout ramener à un même état.

LOUIS découvrait la spécificité d'une maladie, mais BROUSSAIS, s'il avait tort de l'accuser de confectionner de toutes pièces ses descriptions, avait raison de prétendre qu'il voulait absorber, dans sa typhoïde, toutes les maladies d'un caractère adynamique et nerveux. Vers 1840, on cherchait encore à rattacher toutes les fièvres continues à la dothiénentérie. Démonstration éclatante que des savants et des observateurs aussi éclairés que ceux dont nous parlons, même guidés par l'idée nouvelle de spécificité, étaient destinés à n'apercevoir qu'une demi-vérité tant que la cause même des pyrexies n'aurait point été découverte !

ANDRAL, qui enseignait dans la première moitié du XIXe siècle, est d'accord avec LOUIS pour admettre que le dothiénentérie est une fièvre qui englobe tout ce qu'on désignait jadis sous le nom de fièvres ataxiques, adynamiques, bilieuses, putrides, etc., mais il revient avec la plus grande sûreté à cette doctrine fondamentale de la pathologie générale que les pyrexies diffèrent essentiellement des phlegmasies. « Les fièvres, dit il, paraissent devoir être considérées comme des affections générales, ayant également leur siège dans les solides et dans les liquides, mais pouvant dès leur début, se compliquer de différentes affections locales. »

Petit à petit la fièvre typhoïde qui avait tout absorbé, commençait à se démembrer. Après BRETONNEAU, la malaria, la typhoïde, la dysenterie, le choléra, la fièvre jaune, étaient encore considérés comme les conséquences d'une même cause. Cependant HUXHAM, en 1739, avait séparé la fièvre lente nerveuse, comme il l'appelait, de la fièvre putride, maligne ou pétéchiale. Cette dernière, qui était le typhus, avait été oubliée et cette distinction de l'auteur anglais était devenue lettre morte. En 1850, W. JENNER, eut le mérite d'isoler nettement le typhus exanthématique. Quelques années plus tôt, CRAIGIE et HENDERSON avaient étudié le typhus récurrent. On s'apercevait qu'il s'agissait d'affections nettement distinctes les unes des autres.

MONNERET, REQUIN, GRISOLLE, VALLEIX, tels sont maintenant les noms qu'il importerait de retenir dans une histoire complète des doctrines des fièvres. Nous nous contentons de les citer et de signaler que, bien près de nous, GINTRAC considérait encore les fièvres éruptives comme des maladies de la peau. Le *Traité de Pathologie interne* de JACCOUD marque donc un immense progrès sur tout ce qui l'a précédé puisque, faisant appel aux récentes doctrines de l'infection, l'auteur n'hésite pas à classer d'emblée les fièvres parmi les maladies infectieuses ou zymotiques.

Cette idée des infections spécifiques était si peu entrée dans les esprits qu'on fit un grief à JACCOUD d'avoir mis ensemble des maladies comme le choléra, le paludisme, la grippe, la suette, la fièvre typhoïde, l'érysipèle et les fièvres éruptives. La vérité était pourtant là, mais bien que de plus en plus lumineuse, la tradition empêchait qu'on la vît telle quelle et qu'on renonçât définitivement à des classifications qu'elle réduisait cependant à néant.

Cliniquement parlant, il y a toujours des pyrexies et des phlegmasies : mais pour qui veut parler un langage scientifique, ces termes devraient presque rentrer dans l'histoire. Les maladies, où la fièvre apparaît comme symptôme, doivent être désignées d'abord par leurs caractères étiologiques, ensuite par leurs caractères anatomiques. C'est ainsi que le *Traité* de MM. BROUARDEL et GILBERT a fait une place à des chapitres nouveaux dont les titres de pneumococcie, staphylococcie, streptococcie, colibacillose, indiquent nettement les tendances. Assurément, ces termes ne se suffisent pas à eux-mêmes. Mais si l'on y adjoint la désignation de l'organe atteint ou si l'on spécifie que l'infection est généralisée, on donne de la maladie une définition dans la forme, c'est-à-dire qui com-

(1) « Un germe spécial propre a chaque contagion donne naissance à chaque maladie contagieuse. Les fléaux épidémiques ne sont engendrés, disséminés que par leurs germes reproducteurs » (Lettre de BRETONNEAU à BLACHE et à GUERSANT, 1855, In Triaire : BRETONNEAU et ses correspondants. Lettre CCCXLV, p. 593, tome II.)

prend tout le défini et rien que le défini. Tout le chemin parcouru se juge par là même : nous avons en mains les bases d'une classification idéale. Les fièvres éruptives elles-mêmes, dont l'agent infectieux est certain, mais inconnu, n'attendront sans doute pas bien longtemps avant de rentrer dans les grands cadres nosologiques. Le jour où la scarlatine, par exemple, serait établie comme une variété de streptococcie, elle serait mieux à sa place sous cette rubrique que dans l'espèce d'isolement où nous la voyons avec la rougeole et les éruptions du même groupe. La clinique n'y gagnerait rien et, en vérité, elle était constituée dans ses grandes lignes à l'époque de SYDENHAM, mais la pathologie y gagnerait tout, car son but principal c'est, à coup sûr, d'étudier les maladies dans leurs rapports réciproques, tâche impossible quand leur cause reste douteuse. Nos connaissances sur les fièvres sont donc infiniment supérieures à celles des anciens, c'est-à-dire à celles des médecins qui ignoraient la contagion, l'infection et la spécificité. On en aura une idée par une indication rapide des principales infections envisagées au cours des époques médicales.

IV

Les grandes dates de l'histoire des fièvres. — La dothiénentérie, le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, le paludisme. — Paludisme à forme continue et fièvre typho-malarienne. — Fièvres éruptives, suette, grippe, érysipèle, diphtérie, fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë, etc. — Conclusion.

La fièvre typhoïde présente trop de ressemblance avec le typhus exanthématique et le paludisme à forme continue, elle a trop peu de symptômes éclatants pour qu'il soit étonnant qu'elle n'ait fourni dans le passé que des descriptions peu nettes. On est dans l'incertitude en ce qui concerne les connaissances qu'on en pouvait avoir avant les temps modernes. Peut-être HIPPOCRATE l'a-t-il eue en vue : c'est fort controversé. En tout cas, la première mention à peu près certaine des signes cardinaux de la dothiénentérie, se rapporte à l'épidémie de Gênes de 1523, relatée par ORDERICUS.

SPIGEL, un siècle plus tard, paraît avoir vu les ulcérations intestinales. WILLIS désigne la typhoïde sous les noms de putride et de synoque putride : il assimile les ulcères de l'iléon (?) aux pustules de la variole. Dans les deux cas, les miasmes s'élimineraient ainsi soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. PEYER, en 1681, a indiqué les hémorrhagies dues aux lésions des plaques qui portent son nom. SYDENHAM, à la même époque a-t-il vu la fièvre typhoïde ? La réponse est malaisée, car ses descriptions sont imparfaites quand il parle des fièvres dépuratives, comateuses et dysentériques.

BAGLIVI en 1696, désigne la maladie sous le nom de fièvre maligne ou mésentérique. Pour HUXHAM, c'est la fièvre lente nerveuse et elle est maintenant tout à fait distincte et reconnaissable. TISSOT, qui l'observe à Lausanne, l'appelle fièvre bilieuse ; d'autres la qualifient de muqueuse ou glutineuse. PINEL la morcelle en quatre ou cinq espèces suivant ses formes ; PETIT et SERRES en font leur fièvre entéro-mésentérique qu'ils croient nouvelle et non encore observée. BRETONNEAU, vers 1820, aboutit à la même opinion et c'est alors que LOUIS, dans une synthèse trop étendue, ramène tout à la typhoïde, maladie de nature spéciale.

En 1850, le typhus exanthématique en est définitivement détaché. Petit à petit, la spécificité de la typhoïde va s'affirmant de plus en plus. Vers 1840, LAVERAN, puis JACQUOT reconnaissent son existence en Algérie. En 1880, EBERTH découvre l'agent causal de la dothiénentérie. Depuis lors l'existence de la fièvre typho-malarienne est niée, et cette forme est rapportée à une double infection par le bacille d'EBERTH et l'hématozoaire de LAVERAN. Enfin, dans ces tout derniers temps, la présence du bacille d'EBERT-GAFFKY dans le sang se voit contrôlée par plusieurs observateurs : l'infection est bien générale, et de plus elle est spécifique, car le séro-diagnostic de WIDAL empêche toute confusion et tout rapprochement avec la colibacillose, que certains considéraient encore comme identique à l'infection typhoïde.

Le typhus exanthématique a-t-il été observé avant FRACASTOR ? C'est une question peu éclaircie. En tout cas, vers 1505, celui-ci a vu le morbus lenticularis. Avant RASORI et HILDEBRAND, HUXHAM l'appelait fièvre putride, maligne ou pétéchiale. LOUIS l'assimile à la typhoïde. LOMBARD, en 1836, constate qu'on n'y rencontre pas les lésions caractéristiques de cette dernière. En 1850, JENNER sépare définitivement les deux espèces. A l'heure qu'il est, l'agent spécifique n'en est pas encore déterminé.

La fièvre récurrente est signalée par RUTTY en 1738. Elle est confondue avec le paludisme et la fièvre jaune. En 1843, CRAIGIE et HENDERSON l'individualisent. Le spirochœte spécifique est découvert par OBERMEIER en 1873.

Le paludisme a une histoire aussi ancienne que

celle de la médecine même. La confusion la plus profonde a régné pendant des siècles en ce qui le concerne. Kelsch et Kiener écrivent que le récit de ses vicissitudes serait celui de la lente et progressive séparation de cette maladie avec les autres fièvres essentielles et notamment avec la fièvre typhoïde. Torti, en 1712, et Morton, avaient bien constitué le groupe naturel des fièvres à quinquina ; mais, avec Broussais, toutes ces précieuses acquisitions s'écroulèrent. Les fièvres intermittentes et rémittentes sont, pour lui, des gastroentérites périodiques. Maillot, en Algérie, reconstitue vers 1836, l'ancien groupe de Torti, mais il fait rentrer la fièvre typhoïde qu'il observe en Algérie dans le paludisme à forme continue, ou plutôt il ne fait pas mention de la dothiénentérie et il est plus que probable qu'il la confond avec les fièvres dont il trace le tableau. Ce n'est qu'en 1840 que L. Laveran reconnut l'existence de la typhoïde en Algérie. Vers 1880, Colin montre que la fièvre typho-malarienne est une association de la typhoïde avec le paludisme. L'hématozoaire, agent de la malaria, a été découvert en 1880, par M. Laveran.

La variole, connue au seuil de l'histoire en Chine, en Orient, fut bien décrite par Rhazès au neuvième siècle. Au XVIIe siècle, ses symptômes et ses formes sont dégagés par Sydenham, Morton, Huxham, etc. La varicelle, longtemps confondue avec elle, en a été séparée vers la fin du XVIIe siècle par Sennert, Rivière et Harvey. La scarlatine, vue par Ingrassias, en 1556, et par Coyttar, en 1578, fut admirablement étudiée par Sydenham. Cet observateur émérite dégagea (vers 1670), la rougeole des autres fièvres éruptives avec lesquelles on la confondait depuis son importation en Europe par les Sarrasins. Toutes les fièvres éruptives, malgré leurs caractères si tranchés, étaient encore envisagées comme des inflammations de la peau par plus d'un auteur du dix-neuvième siècle.

A la suette militaire se rattachent les noms de Bellot (1733), de Boyer (17ɔ0), de Vandermonde (1759) et de Rayer (1821). La grippe était connue en 1173 ; Pfeiffer a décrit, en 1892, le microbe qui en est l'agent spécifique. L'érysipèle, connu d'Hippocrate, est classé dans les groupes les plus divers jusqu'au milieu du XIXe siècle ; Fehleisen, en 1882, découvre le streptocoque pathogène qui le détermine.

La diphtérie, si bien approfondie dans ses allures, par Aretée de Cappadoce, au IIe siècle, a dû attendre jusqu'à Bretonneau, en 1826, pour être élevée au rang de maladie spécifique. Le bacille en a été trouvé par Klebs et Lœffler en 1883.

La fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë connue d'Hippocrate, fut classée par Baillou, par Sydenham, par Cullen à côté des fièvres les plus variées. La théorie infectieuse du rhumatisme est une des plus récentes, quoique des mieux établies.

On pourrait prolonger cette liste à volonté, tant les espèces d'infections sont actuellement nombreuses. Ce qui précède peut montrer tout le progrès accompli ; la courte histoire des fièvres qu'on vient de lire n'a eu pour but que d'en noter la direction. C'est, en quelque sorte, le sommaire d'un chapitre de pathologie générale. Tel qu'il est, il suffit à conclure. On accordera que nos connaissances sont maintenant assez solides pour supporter l'épreuve de toute critique : elles sont basées sur la connaissance directe et certaine que nous avons des agents infectieux et cela nous est garant que les modifications de détail qu'on pourra apporter à la doctrine ne prévaudront pas contre ses fondements.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Précis de manipulation de pharmacie, essai des médicaments, guide pour les travaux pratiques de pharmacie, par le docteur E. Gérard, professeur de pharmacie à la Faculté de Lille. Lyon, *Storck*, 1902.

La bibliothèque de l'étudiant en pharmacie, collection de précis publiée sous la direction du professeur Hugounenq, de Lyon, vient de s'enrichir d'un volume de 300 pages, dû à notre collègue, le professeur E. Gérard. Que l'auteur ait été utile aux étudiants en pharmacie en essayant d'aplanir les difficultés qu'ils rencontrent dans l'essai des médicaments, et aux pharmaciens qui pourront trouver dans cet ouvrage les éléments nécessaires pour s'assurer de la pureté des produits qu'ils demandent à l'industrie, la chose est hors de doute et on en acquiert la certitude en parcourant, même en profane, ce volume bien ordonné, bien classé. où rien n'a été sacrifié à la montre. Mais ce qui doit être relevé à l'honneur de ce précis, destiné surtout aux élèves, c'est qu'il a été écrit par un homme compétent, qui, plusieurs années durant, a dirigé les travaux pratiques de pharmacie auxquels sont exercés les élèves, et a reconnu la nécessité de réunir les procédés chimiques particuliers employés pour contrôler la pureté des médicaments ou déceler leur falsification. Meilleure besogne ne pouvait être confiée à meilleur ouvrier.

Dr F. C.



VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les femmes médecins.

L'exercice de la médecine par les femmes, loin d'être une nouveauté, n'est qu'un retour aux plus vieilles coutumes ; la *Nouvelle Revue* ajoute même : à la loi de nature. Qu'une femme soit mieux qualifiée qu'un homme pour soigner une femme, rien de plus évident : la routine seule a pu troubler notre jugement sur cette question si claire. Encore ce préjugé n'est-il pas très ancien : il date du dix-huitième siècle, du dix-septième tout au plus, et c'est en France qu'il est né. Partout, jusqu'alors et de tout temps, des femmes avaient soigné les femmes. Cela se voit encore chez tous les « primitifs » dont la civilisation n'a pas faussé les idées. Cela se voyait en Grèce, où il existait non seulement des sages-femmes, mais des « guérisseuses » ; à Rome, où Galien parle avec éloge de ses confrères « femmes », et notamment d'une certaine Antiochis dont les cures étaient merveilleuses. L'avènement du christianisme ne changea rien à cette tradition. Dès les premiers siècles de l'Église, il y eut des femmes médecins dont quelques-unes sont canonisées : telle sainte Theodosia, mère de S. Procope, qui exerçait à Rome ; telle, sainte Nicerate qui guérit d'une laryngite saint Jean Chrysostome. Beaucoup de religieuses furent versées dans les sciences médicales. Au douzième siècle, les sœurs du couvent du Paraclet, en Champagne, s'essayèrent à la chirurgie sur les conseils d'Abélard ; en Allemagne, sainte Hildegarde, la plus célèbre de toutes les femmes médecins, fut non seulement une émérite praticienne, mais aussi une doctoresse à qui l'on doit les plus savants traités. Elle s'y montre, dit la *Nouvelle Revue*, un précurseur étonnant. La métallothérapie du docteur Burcq est tout entière dans ses œuvres. Sainte Hildegarde refuse de voir dans la « possession diabolique » la cause de la folie et explique l'épilepsie comme on le ferait de nos jours. Elle pressent la circulation du sang, admet implicitement la théorie de l'auto-intoxication... C'est un médecin de notre école moderne en avance de quelques siècles. En France, jusqu'au dix-septième siècle, il y a des « miresses » et des « médeciennes », des « chirurgiennes » et des « apothécaresses », et l'Université de Paris leur décerne des brevets. L'Angleterre, la Pologne, l'Italie eurent aussi leurs *medicæ*.

L'Italie est même la seule nation qui, sans interruption, ait conservé jusqu'à nos jours des femmes médecins.

(*Les Débats*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les fêtes d'**inauguration des nouveaux établissements de Vichy** ont été très réussies, d'après les échos que nous en apportent ceux de nos collègues lillois qui avaient répondu à l'invitation de la Compagnie fermière. Nos collaborateurs les docteurs AUSSET, BÉDART, CHARMEIL, LAMBRET, INGELRANS, ont été très sensibles aux attentions dont les invités de la Compagnie ont été l'objet durant le voyage et leur séjour à Vichy ; les mêmes impressions sont celles des docteurs PATOIR, LE FORT, LESCŒUR, VALLÉE, OLLIVIER, qui s'étaient rencontrés à Vichy avec nos collaborateurs. Vichy est devenu la première station thermale du monde, telle est l'opinion générale, par son outillage médical et les commodités qu'elle offre désormais aux malades qui s'y rendent.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Excursion aux filtres à sable de Walhem-Anvers

MM. les élèves en médecine de quatrième année et MM. les élèves en pharmacie de deuxième année, qui désireraient prendre part à l'excursion dirigée par le professeur CALMETTE pour la visite des filtres à sable de la ville d'Anvers, à Walhem, sont priés de donner leurs noms à M. le docteur VANSTEENBERGHE, chef des travaux de bactériologie à l'Institut PASTEUR.

Ils devront, en s'inscrivant, verser une somme de quinze francs, qui comprend les frais de voyage aller et retour en troisième classe, le déjeuner et le dîner à Bruxelles.

L'excursion aura lieu le jeudi onze juin.

Départ de Lille pour Bruxelles, 8 h. 38 matin ; arrivée à Bruxelles, 11 h. 02 matin ; départ de Bruxelles pour Malines, 12 h. 43 soir ; arrivée à Walhem, 1 h. 49 soir ; départ de Walhem, 3 h. 36 soir ; arrivée à Bruxelles, 4 h. 59 soir ; départ de Bruxelles, 9 h. 35 soir ; retour à Lille, 11 h. 45 soir.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-D.-J. DAVRINCHE, de Bailleulmont (Pas-de-Calais), interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès le mercredi 3 juin 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 134), intitulée : **Des métastases osseuses dans le cancer de la prostate.**

Notre Carnet

Le 23 mai, a été célébré à Asnières, le mariage du docteur Ch. BOUTROIS, de la Cambe (Calvados), avec mademoiselle Marie BIDAULT. Nous adressons nos meilleurs souhaits aux jeunes époux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. le docteur PRAT, de Lanildut (Finistère) ; PALENC, de Toulouse (Haute-Garonne) ; F. PARENT, de Paris ; CATTIAUX, de Coudray-Saint-Germer (Oise) ; FOURRIER, de Paris ; GARREY, de Saint-Laurent (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux, par les nouvelles méthodes : cardiographie, sphygmomanométrie sphygmotonométrie, sphygmographie, pléthysmographie et radiologie, par le Dr Georges BROUARDEL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-16 de 176 p., avec 35 fig., cart. (J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Depuis un certain nombre d'années, les médecins ont cherché à appliquer à l'examen des fonctions de l'appareil cardio-vasculaire les méthodes capables de donner les résultats les plus précis ; se servant d'appareils qu'ils ont

imaginés, ou qu'ils ont empruntés aux physiologistes et adaptés à la clinique humaine, ils ont cherché à apprécier l'état de la circulation, tant au niveau de l'organe central qu'au niveau des vaisseaux, artères, capillaires, veines, chez des individus sains et chez des malades.

Procédant ainsi, les cliniciens espéraient tout d'abord constater l'action des divers processus pathologiques sur la circulation et voir si, à un même processus, correspond toujours un même trouble.

D'autre part, les méthodes plus précises qu'ils employaient permettant de suivre l'état de la circulation chez un même malade, en évaluant nettement les modifications, ils pensaient obtenir ainsi des éléments importants pour l'appréciation de l'évolution des processus pathologiques. Enfin, des éléments précis donnés par les nouveaux procédés devait résulter une thérapeutique que l'on espérait pouvoir être curative, pathogénique et symptomatique.

Ces méthodes ont-elles apporté des éléments considérables d'appréciation de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique? C'est ce que M. le professeur Landouzy a conseillé à son chef de clinique à l'hôpital Laënnec, le Dr G. Brouardel, d'étudier en examinant les résultats que leur application a donnés jusqu'à présent. Ce sont les éléments de ces conférences qu'il publie aujourd'hui sous la forme didactique d'un précis où il étudie successivement la cardiographie, la sphygmomanométrie, la sphygmotonométrie, la sphygmographie, la pléthysmographie, la radiologie du cœur et des vaisseaux.

OUVRAGES REÇUS

— **Atlas de microscopie clinique de l'urine**, par le privat docent Rieder, traduit par le docteur Dekeyser, Bruxelles, Manceaux, 1903.

— **Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale**, du professeur Ziegler, traduit par les docteurs Augier et Van Ermenghem, Bruxelles, Manceaux, 1903.

— **De quelques reins anormaux**, par le docteur G. Gérard, Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1903, avril.

— **La cure thermale de Bourbon-Lancy**, par le docteur A. Piatot, Mâcon, Protat, 1903.

— **De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inférieur**, par le docteur Léon Guitard.

— **Les premiers soins à donner en cas d'accidents**, conférences du professeur **Von Esmarch**, traduit par le docteur Van Oye, Bruxelles, Manceaux, 1903.

— **Pierre-Carl Potain**, biographie par le docteur P. Teissier, Masson, Paris, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

22e Semaine, du 24 au 30 Mai 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	8	13
1 an à 2 ans	5	4
2 à 5 ans	1	3
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	2	2
20 à 40 ans	5	5
40 à 60 ans	10	6
60 à 80 ans	12	12
80 ans et au-dessus	1	4
Total	54	53

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	4	7	18	20	7	11	7	5	12	2	6	99
TOTAL des DÉCÈS	2	21	14	20	4	15	8	3	12	2	6	106
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Autres causes de décès	1	5	5	5	2	3	2	1	5	»	2	31
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»
Accident	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire	»	3	2	3	»	3	1	»	2	»	1	15
Diarrhée et entérite — plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite — moins de 2 ans	»	3	1	3	»	»	1	1	»	1	2	12
Maladies organiques du cœur	»	4	1	2	»	3	»	»	»	»	»	10
Bronchite et pneumonie	1	4	4	1	1	4	1	»	»	1	»	17
Apoplexie cérébrale	»	»	»	2	»	2	»	1	»	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	3
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	2	»	»	1	»	4	»	1	8
Variole	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 335. Septième Année. N° 24. Le Numéro : 10 centimes 14 Juin 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

L'"ÉCHO MÉDICAL" EN ESPAGNE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENADE

Par le docteur H. FOLET

Grenade, que les Espagnols appellent *Granada*, et que nous devrions bien appeler comme eux, — car c'est vraiment une singulière manie que celle de transformer les noms géographiques étrangers et de prononcer *London* Londres, *Firenze* Florence et *Aachen* Aix-la-Chapelle, — Grenade donc, puisqu'il faut se conformer à la dénomination usuelle, est une grande ville (75.054 habitants dit le « Bœdeker »), capitale de l'ancien royaume des Maures qui y ont laissé d'admirables restes de la civilisation arabe. Comme beaucoup de cités espagnoles, elle gagne à être vue d'ensemble et de haut. Les rues, sauf quelques places et voies relativement luxueuses, sont pittoresques, mais étroites, sales, mal odorantes, exhalant un parfum que nous nommions là bas *l'odeur espagnole*, relent composite amalgamant la senteur du vieux cuir à celle de la friture à l'huile ; mal pavées au point de faire positivement regretter la voirie Lilloise. Regardée d'une des hauteurs qui l'entourent, du *Sacro-Monte*



Grenade et l'Alhambra vus du Sacro-Monte.

(Cliché de M. VERDUN.)

par exemple, qui fait face à la colline de l'Alhambra, la ville est charmante ; couchée dans la verdoyante vallée du Darro, au pied de la Sierra Nevada, qui était encore vraiment *Nevada* (neigeuse) au moment où nous avons visité Grenade.

***

L'Université de Grenade, fondée en 1531, comprend la Faculté de Droit, la Faculté de Philosophie (ou des Lettres), la Faculté des Sciences mathématiques et naturelles, la Faculté de Médecine, la Faculté de Pharmacie.

Les étudiants en droit et en philosophie ont conservé un costume universitaire antique consistant en une espèce de robe d'avocat et une bizarre toque noire qui ressemble vaguement au Chapska des étudiants d'Oxford. Sur la place du Palais universitaire nous en voyons quelques-uns ainsi vêtus qui, la serviette de cuir soutenue dans une sorte d'écharpe spéciale, fument des cigarettes en attendant l'heure d'un cours.



Entrée du Palais universitaire

(Cliché de M. Verdun).

Un de ces étudiants figure, mais d'une façon assez confuse, sur le trottoir de gauche de notre photographie. La plupart de ces étudiants semblent très jeunes. En Espagne, en effet, on entre à l'Université au sortir du collège où les études se terminent vers 14 ou 15 ans.

Les étudiants en médecine, ayant à faire d'abord à la Faculté des Sciences une sorte de PCN, paraissent un peu moins adolescents. Ceux que nous avons rencontrés dans les salles de la Faculté de Médecine ne portaient aucun costume universitaire.

***

La Faculté de Médecine, comme cela se voit presque toujours en Espagne, est fusionnée avec le grand hôpital *San Juan de Dios* dont elle fait partie intégrante. C'est par l'hôpital que nous pénétrons dans la Faculté.



Entrée principale de l'Hôpital Saint-Jean

(Cliché de M. V...)

L'entrée de l'hôpital San Juan est un portail à colonnes surmonté d'une belle sculpture en haut relief qui représente le Saint agenouillé. Le portail donne accès sur une vaste cour ou *patio*, entourée d'un cloître à arcades ouvertes dont les parois sont tapissées jusqu'à hauteur d'homme de ces carrelages à couleurs vives qui constituent l'ornementation typique de certains palais mauresques tels que l'Alcazar de Séville. Au-dessus de ce soubassement céramique se voient des peintures à fresque, fort effacées et pâlies, à peine déchiffrables par places ; agrémentées de légendes espagnoles ou latines. Au milieu de la cour une fontaine à large vasque de marbre blanc.

C'est sous les arcades de ce patio de grand style que s'ouvrent de nombreuses salles au-dessus de la porte desquelles sont cloués des écriteaux dont voici trois spécimens :

CLINICA MEDICA
Catedratico (1)
Dr Fernandez Osuna

CLINICA DE GINECOLOGIA
Catedratico
Dr Martin Aguilar

CLINICA QUIRURGICA
Catedratico
Dr Paréja Garrido

Chacune des salles surmontées de ces écriteaux est d'assez petites dimensions et contient de 6 à 10 lits (2).



Cour intérieure de l'Hôpital Saint-Jean
(Cliché de M. Verdun).

Dans celle de gynécologie une table à spéculum d'assez vieux modèle est placée en face d'une fenêtre ; les examens se font dans la salle même.

Nous rencontrons dans la cour le professeur Garrido, petit homme brun, barbu, trapu, aussi peu solennel que possible d'allure et de costume ; très aimable et très obligeant. Comme nous nous étonnons que les cliniques aient aussi peu de lits, il nous dit que chacune d'elles a d'autres salles à l'étage, s'ouvrant sur un balcon continu qui règne circulairement autour du patio ; et il nous conduit dans la sienne où il fait rapidement sa visite, sans quitter son veston et son chapeau mou, accompagné de deux jeunes étudiants et de deux *practicantes* assez âgés (nous allons revenir sur ce mot) qui tiennent le cahier et défont les pansements. M. Garrido nous montre quelques cas de chirurgie intéressants : un arrachement du pouce par éclatement d'arme à feu ; une plaie artério-veineuse du triangle de Scarpa ; une autoplastie par la méthode italienne d'une vaste plaie opératoire de la face, suite d'ablation d'épithélioma, etc.

M. Garrido, qui s'est constitué notre guide, nous montre d'autres salles de malades existant dans une autre partie de l'établissement, où le service est fait par des médecins d'hôpitaux non-professeurs. Néanmoins dans ces salles, si nous avons bien compris, les professeurs de clinique peuvent venir observer et suivre des cas particulièrement instructifs. J'ai mal saisi, je l'avoue, le mécanisme de cette intrication des services qui doit donner lieu à des difficultés.

Il existe deux salles d'opérations, l'une commune à tous les chirurgiens de la Faculté, l'autre commune à tous les chirurgiens hospitaliers. Elles sont l'une et l'autre assez sommairement installées : Un lit à opération de Doyen dans l'une, d'un autre modèle dans l'autre, tous deux un peu détraqués et n'ayant pas l'air de servir très couramment ; un lavabo médiocrement entretenu ; un poêle assez primitif comme système de chauffage ; quelques bocaux. C'est tout.

L'arsenal chirurgical est également commun à tous les services chirurgicaux de la Faculté. Il n'est pas très fourni ; mais il y a dans ses vitrines un peu de tout : instruments de chirurgie gynécologique, d'urologie, d'ophthalmologie, etc. Pas mal d'instruments de modèles anciens ; quelques manches d'instruments en bois noir rugueux s'y rencontrent encore.

***

La Faculté, nous dit M. Garrido, compte environ 200 élèves. Il est vraisemblable que dans ce nombre figurent plus d'aspirants *practicantes* que de candidats à la *licence* ou au *doctorat*.

La licence est le grade qui confère légalement le droit d'exercer la médecine. La plupart des médecins

(1) *Catedratico* : professeur occupant *la chaire*, professeur titulaire.

(2) M. Verdun avait pris au vérascope deux de ces salles voûtées, d'aspect très pittoresque, les salles d'opération et la salle commune des dissections. Mais, faute d'un bon éclairage, ces instantanés ont donné au développement des épreuves floues qui, reproduites en simili-gravure et tirées à un millier d'exemplaires, auraient été par trop confuses. Nous devons donc, à notre vif regret, nous contenter des quatre clichés ci-joints.

s'en tiennent à ce titre de licencié qui suffit même pour entrer, par concours, dans la médecine militaire et pour occuper la plupart des fonctions médicales publiques. Le diplôme de docteur est surtout recherché par ceux qui se destinent à l'enseignement et veulent concourir pour le professorat. La Faculté de Madrid est la seule qui possède les cours nécessaires à l'obtention du doctorat.

Au dessous des médecins, docteurs ou licenciés, se place une catégorie très nombreuse : les *practicantes*, un peu plus que les barbiers d'autrefois, un peu moins que nos anciens officiers de santé, servant d'aides aux chirurgiens, faisant la petite chirurgie ; ne pouvant théoriquement exercer leurs fonctions que sous le contrôle d'un médecin. Ils sont astreints à certaines études pratiques et on leur délivre un certificat professionnel.

Cette institution est la persistance d'un état de choses traditionnel. Tant de choses sont archaïques en Espagne ! Il y a bien dans ce pays une couche superficielle de modernisme consistant en ce qu'il y existe un minimum de chemins de fer et de télégraphes, qu'on y joue *Lohengrin* (en italien) à l'Opéra de Madrid, et qu'on n'y fait plus d'auto-da-fé d'hérétiques ou de juifs. C'est appréciable assurément. Mais, sauf cela, je pense que les âmes et les mœurs ne diffèrent guère de ce qu'elles étaient il y a deux ou trois cents ans.

Nos écrivains du XVIII[e] siècle, qui plaçaient volontiers leurs fictions dans ce milieu espagnol réputé chevaleresque et poétique, ont mis en scène des *practicantes*. Le Gil Blas de Lesage est *practicante* au service du docteur Sangrado, de Valladolid, qui lui confie sa clientèle de petite bourgeoisie. Le Figaro du *Barbier de Séville* est *practicante*-médecin, *practicante*-apothicaire et même *practicante*-vétérinaire. Il saigne au pied Marceline, met un cataplasme sur les yeux de la mule de Bartholo, et il ne se donne point dans la maison du docteur « un coup de rasoir, de lancette ou de piston » qui ne soit de la main du joyeux barbier. Il fait même de la médecine et de la pharmacie militaires : « Toute la garnison de Séville prend demain médecine ; j'en ai obtenu l'entreprise grâce à mes hautes protections ».

Les *practicantes* sont, encore à cette heure, beaucoup plus nombreux que les vrais médecins. En 1901-1902 la Faculté de Madrid a délivré 164 diplômes de licencié et 237 diplômes de *practicantes*. La proportion doit être au moins aussi forte à Grenade en faveur du grade inférieur.

Il est vraisemblable que, malgré cette restriction fictive que les *practicantes* ne peuvent fonctionner que sous le contrôle d'un médecin, ils exercent clandestinement la médecine aux dépens de nos confrères ; et qu'en fait, dans les campagnes, dans les petites villes, voire dans la clientèle populaire des grandes cités, la pratique médicale courante leur appartient.

***

Revenons à la visite de la Faculté. Le D[r] Garrido veut nous montrer le service de désinfection et de stérilisation isolé dans une petite bâtisse au fond d'une arrière-cour. Nous constatons, — par la fenêtre, — qu'il s'agit d'une classique étuve à vapeur sous pression de Geneste et Herscher ; mais nous ne pouvons pénétrer. On ne trouve pas la clef.

Même mésaventure pour la salle de Bibliothèque renfermant, nous dit-on, 4,500 volumes. Nous supposons que c'est là une petite bibliothèque spéciale de la Faculté de Médecine, car la *Minerva* mentionne une Bibliothèque (à la fois provinciale et universitaire, il est vrai), renfermant 39,000 volumes et possédant une dotation de 600 pesetas. Au taux actuel du change, cela fait, en monnaie française, quelque chose comme 470 fr. J'espère pour cette pauvre Bibliothèque — sans en être bien sûr, — qu'elle compte d'autres ressources.

Les laboratoires et salles de cours de la Faculté sont, je l'ai dit, enclavés dans les bâtiments de l'hôpital, quoique elle ait une issue particulière dans une rue latérale.

Le service le mieux outillé et le mieux organisé est sans contredit l'anatomie qui, d'après la *Minerva*, compte deux professeurs : M. Pedro Lopez Pelaez y Villegas, et M. Victor Escribano y Garcia.

Les cadavres, parfaitement injectés et conservés dans les caves, montent par un ascenseur très bien compris jusqu'à la salle des préparateurs et à la salle générale des dissections, garnie d'une dizaine de tables en ardoise ou en émaillé. Les murs, le pavé cimenté, les escabeaux tout est d'une scrupuleuse propreté. A trois tables, des étudiants, très jeunes, dissèquent, vêtus de blouses noires garnies d'un liseré jaune aux coutures, ayant des tabliers de toile cirée également noire et bordée de jaune. Le livre d'anatomie dont ils se

servent est une traduction espagnole du traité classique de notre TESTUT. Aucune odeur putride ni odeur de désinfectants dans cette vaste salle bien aérée; et cela par une température de 24° régnant depuis plusieurs jours. L'air y est parfaitement respirable et sain. Installation excellente.

Sur les murs se lisent quelques-uns de ces aphorismes latins tels que les aimait l'Ecole de Salerne : ce pentamètre, par exemple, qui est d'une assez belle allure philosophique :

Plus quam vita loquax mors taciturna docet.

Le Musée d'Anatomie normale et pathologique est assez rudimentaire. Il ressemble beaucoup à celui que possédait jadis l'Ecole préparatoire de Médecine de Lille. Je me suis cru rajeuni de quarante ans et grimpant vers 1865 dans les combles du vieux local de la rue des Fleurs, où l'on avait relégué ce modeste Musée : Au milieu de la salle, se dressant comme des statues polychromes, des écorchés, des mannequins démontables d'Auzoux. Dans des vitrines des pièces sèches d'anatomie légèrement poussiéreuses et dévernies. Une cinquantaine de bocaux d'alcool renfermant des pièces pathologiques et tératologiques, des moulages de plâtre, etc.

Le laboratoire d'Histologie normale et pathologique est convenablement installé ; rien de plus. Dans le cabinet du professeur, deux étuves attestent qu'on y fait un peu de bactériologie. La salle des élèves comporte huit places de travail ; toutes vides lors de notre visite. Devant chacune d'elles il y a des flacons à réactifs, des instruments ; mais nous ne voyons pas de microscopes. Est-ce qu'à Grenade comme à Madrid (1) les élèves doivent apporter leur microscope ? En ce cas il est à craindre que bien peu en soient pourvus.

Les deux amphithéâtres de cours où nous sommes entrés sont de dimensions moyennes mais suffisantes, confortables et bien éclairés ; les murs en sont tapissés de tableaux représentant des coupes de cerveau, des schémas d'artériologie et de névrologie, des lésions histologiques, des microbes, etc., etc. Derrière l'une des chaires nous avons aperçu avec plaisir un grand portrait de PASTEUR.

***

(1) *Enseignement médical en Espagne*. Rapport par M. DE LAPERSONNE, 1897.

En résumé, et sans qu'il soit besoin de pousser plus loin cette description, le lecteur voit que le personnel professoral de la Faculté de Grenade qui compte, je crois, des hommes de mérite et de bonne volonté, disposant de locaux et d'éléments cliniques suffisants, doit être singulièrement entravé dans sa tâche par le manque d'un outillage matériel indispensable aujourd'hui, non-seulement pour la recherche et le progrès scientifiques, mais encore pour l'enseignement des vérités acquises et pour la pratique médico-chirurgicale courante. Les ressources pécuniaires font défaut ; les crédits alloués sont cruellement insuffisants ; et rien n'indique que les petites Facultés de Santiago, de Cadix et de Valladolid soient mieux partagées que Grenade. Le contraire est même probable.

Cette pauvre Espagne, dont les finances ne sont pas brillantes, pourrait, en restreignant les dépenses qu'elle s'obstine à faire pour son armée et sa marine, alors que sa situation ne comporte plus un pareil luxe, trouver des ressources pour des œuvres plus utiles. Elle n'est pas d'ailleurs la seule nation européenne qui persévère dans ces errements. D'autres pays, plus riches et plus puissants qu'elle, gaspillent en armements insensés des sommes énormes qui seraient mieux employées à des fondations scientifiques, sociales et humanitaires. Mais ce sont là des problèmes qui sortent de la compétence de ce journal. A l'*Echo Médical du Nord* on ne parle pas politique.

Des fibromes non-pédiculés infectés

par le docteur O. Lambret,
professeur-agrégé, chargé du cours de médecine opératoire

J'ai eu l'occasion au cours de ces dernières années de voir et d'opérer deux malades atteintes de fibromes non-pédiculés infectés et sphacélés en partie. C'est là une complication rare des fibromes non pédiculés sous-muqueux ou interstitiels — et cette rareté doit être mise en opposition avec la fréquence de l'infection et du sphacèle des polypes fibreux ou fibromes pédiculés. Chez ceux-ci l'accident est banal et d'une fréquence qui en diminue l'intérêt ; chez les autres, au contraire, il imprime à l'affection une allure toute différente de ce qu'elle était, change complètement le pronostic et surtout impose des modifications opératoires qui méritent qu'on s'y arrête.

La gangrène et l'infection des fibromes, complications rares nous l'avons déjà dit, ne marchent pas

forcément de pair et ne sont pas toujours coexistantes. Dans la plupart des cas toutefois, elles combinent leur action pour attaquer la tumeur et pour la détruire par la mortification et la suppuration. Si bien que souvent, il est difficile de faire la part de chacun de ces deux agents tant dans les dégâts produits que dans la genèse des accidents. Même, la plupart des observations publiées peuvent prendre indifféremment le titre de fibrome gangréné ou de fibrome suppuré, aussi en retrouve-t-on un certain nombre reproduites à la fois dans deux thèses récentes traitant, l'une de la suppuration (1) l'autre de la gangrène (2) des fibromes, les auteurs les ayant considérés comme rentrant dans le cadre de leur travail. En pratique, nous le verrons, cette sorte de confusion a peu d'importance ; cependant il existe une forme de gangrène des fibromes qui n'entre pas dans notre sujet mais dont nous devons dire quelques mots, c'est la gangrène aseptique : ici il s'agit d'un simple processus de nécrobiose, véritable momification qui résulte de la suppression des échanges nutritifs dans la tumeur par suite de la grande diminution ou de l'abolition de tout apport sanguin ; ce fait se comprend assez lorsqu'après une hystérectomie, on pratique une coupe dans le tissu utérin ou encore lorsqu'on fait l'ablation du ou des fibromes par énucléation, on trouve les tumeurs séparées du tissu utérin par de larges travées de tissu conjonctif et on ne peut s'empêcher de s'étonner de la pauvreté et de la petitesse de leurs connexions vasculaires avec le reste de l'utérus. Si ces connexions viennent à être détruites ou deviennent insuffisantes, le fibrome enfoui dans l'épaisseur de l'utérus, à l'abri de tout germe infectieux ou saprophyte meurt et reste tel quel, ou ne subit que des transformations régressives ; les phénomènes qui suivent cette nécrobiose se déroulent sans grand retentissement sur l'organisme, ils s'accomplissent dans le silence grâce à l'absence de septicité des lésions et à la pauvreté des échanges nutritifs réduits au minimum.

Le tableau change si une infection secondaire vient par une voie quelconque à pénétrer jusqu'à ce foyer de mortification, et c'est un fait que l'ischémie favorise l'infection ; il n'est pas besoin d'ailleurs que le fibrome soit déjà sphacélé, nous pensons même que le sphacèle primitif est une exception ; le plus souvent ce sont les germes qui commencent et ceux-ci, tant pathogènes que saprophytes, produisent la suppuration d'une part et causent d'autre part, dans les tissus qu'ils envahissent, des thromboses et des embolies suffisantes pour entraîner la mortification d'un tissu déjà peu vivant par nature. D'où proviennent ces agents infectieux ? Il est probable que ce n'est pas du sang, car il n'y a pas d'exemple de fibrome suppuré ou gangréné au cours d'une infection générale ; leur origine doit être plutôt cherchée dans le canal utéro-vaginal et dans les organes voisins ; là la flore microbienne, déjà riche à l'état normal, peut le devenir davantage à l'état pathologique ; elle possède les staphylocoques et streptocoques nécessaires ainsi que ces anaérobies peut-être un peu moins bien connus, dont une espèce a été étudiée par HARTMANN et MIGNOT et dont le rôle est certainement très grand dans la production d'une odeur infecte et putride caractéristique.

Un certain nombre de causes sont susceptibles de favoriser et de déterminer l'éclosion des accidents. Signalons la ménopause ; BISCH fait remarquer que parmi les cas qu'il a pu recueillir (en tout 37 observations), la grande majorité des malades avait atteint ou dépassé la ménopause. Celle-ci cause le rétrécissement et la sclérose des vaisseaux de l'utérus qui subit un travail d'atrophie et de régression ; par contrecoup il est possible que les tumeurs fibromateuses subissent un certain degré d'ischémie favorable à l'installation de l'infection ; mais cette explication est hypothétique, elle est connexe de cette théorie, encore adoptée par certains, qui veut que les fibromes voisins de la ménopause soient des tumeurs négligeables, théorie que les faits se chargent de mettre en défaut tous les jours. La raison en est plutôt qu'à cet âge, les fibromes sont moins aptes à résister aux infections que lorsqu'ils sont jeunes et en voie de prolifération active.

La situation du fibrome dans l'épaisseur de la paroi utérine est beaucoup plus importante ; les fibromes sous-muqueux sont plus exposés à la gangrène et à l'infection en raison de leur voisinage avec la muqueuse ; en outre ils ont toujours plus ou moins tendance à devenir procidents ; dans cette marche vers la cavité utérine, ils refoulent devant eux la muqueuse, l'amincissent et finissent par la rompre et dès lors se trouvent en contact immédiat avec le contenu septique de l'utérus, car la muqueuse voisine d'un fibrome présente toujours des lésions d'endométrite.

(1) GUÉRY. Th. Paris, 1901.
(2) BISCH. Th. Paris, 1902.

Dans certaines observations, la cause déterminante des accidents est tout-à-fait évidente et sous la dépendance d'un traumatisme le plus souvent chirurgical : toucher pratiqué sans asepsie, curettage, ablation incomplète de fibromes sous-muqueux sessiles ; c'est ainsi encore que la grande cause de la gangrène et de la suppuration des fibromes — plus fréquente qu'on ne le pense parce que nombre d'observations n'ont pas été publiées — c'est le traitement électrique, électrolyse ou galvanopuncture qui fut en faveur pendant un temps et que d'aucuns s'obstinent encore à vouloir appliquer malgré insuccès et accidents. Suivant M. Quénu, l'envahissement du fibrome par un épithélioma serait également une cause de gangrène, il en a observé deux faits.

Quand la tumeur est nettement interstitielle, il faut admettre avec Hartmann et Mignot que le transport des germes a lieu par voie lymphatique, le point de départ se fait dans la muqueuse utérine qui, bien que saine en apparence, est atteinte d'endométrite, le point d'arrivée est dans la capsule conjonctive très riche en tissu cellulaire lâche et en lymphatiques qui entoure le fibrome.

Au point de vue clinique, il faut envisager deux cas ; ou bien le fibrome était ignoré et avait passé inaperçu, ou bien les accidents qu'il provoquait avaient permis de constater son existence. Dans la première hypothèse, les accidents éclatent donc brusquement ; tandis que dans la seconde ils sont précédés d'une période plus ou moins longue pendant laquelle se déroule le tableau symptomatique des fibromes, tableau si divers et si variable suivant les cas et que nous n'avons pas à décrire ici.

Les phénomènes qui marquent l'apparition de la complication sont presque toujours inquiétants. Du côté de l'état général ce sont ceux qui accompagnent la suppuration et la gangrène septique, en quelque point de l'organisme qu'elles se montrent ; la fièvre est vive, elle dépasse souvent 40° ; elle s'accompagne de frissons et d'un mauvais état général : anorexie, vomissements, insomnie, teint plombé, sub-ictère, albumine dans l'urine ; les symptômes locaux sont toujours très marqués, le fibrome et l'utérus tout entier sont hypérémiés, très douloureux, le ventre est ballonné. Pendant les premiers jours les symptômes dus à la résorption de produits septiques vont en augmentant d'intensité et peuvent emporter le malade très rapidement par septicémie, et avec des allures cliniques analogues à l'infection puerpérale avec rétention placentaire. Toutefois pendant ce temps les lésions anatomiques évoluent au niveau du fibrome et celui-ci sphacélé ou transformé en bouillie purulente va chercher à s'éliminer ; c'est presque toujours du côté de la cavité utérine que se fait cette élimination ; la communication avec cette cavité est dès qu'elle s'établit signalée par l'écoulement de pus et de débris sphacélés par le vagin ; ce qui caractérise cet écoulement c'est son odeur putride et particulièrement infecte ; cette odeur est très tenace ; Depaul raconte qu'ayant touché un fibrome sphacélé de la main droite il fut obligé de porter ses aliments à sa bouche avec sa main gauche, toute sa main droite était pénétrée d'une odeur repoussante ; cette odeur est en même temps tout à fait spéciale et se différencie très nettement, avec un peu d'habitude, de celle que donnent l'épithélioma ulcéré et le placenta putréfié.

Hartmann et Mignot l'attribuent à un anaérobie qu'ils ont isolé et étudié. L'écoulement est plus ou moins abondant suivant le volume du fibrome et aussi suivant que celui-ci est infecté en totalité ou en partie. Si, à ce moment, on pratique le toucher intra-utérin, on perçoit facilement, occupant une des parois de l'utérus, une masse plus ou moins saillante, dont la surface est irrégulière et déchiquetée, tapissée de sortes de papilles plus ou moins ramollies, qui sont des bribes de tumeur encore adhérentes séparées par des cavités remplies de détritus et de liquides sanieux ; ces sensations sont d'autant plus nettes que les accidents sont plus anciens.

L'apparition de cet écoulement et même parfois la production d'une vraie débâcle caractérisée par l'élimination d'une grande quantité de pus ou d'une grosse masse mortifiée, n'ont ordinairement qu'une action sédative très minime sur les accidents généraux. D'ailleurs il est possible que l'ouverture se fasse en un point autre que l'utérus ; le vagin est le chemin le plus favorable ; la tumeur y vient faire saillie à travers l'orifice du col ou une perforation d'une de ses lèvres ; la paroi abdominale est une voie plus dangereuse parce qu'elle expose à la septicémie chronique en raison de la longueur de la suppuration qui suit. Plus grave encore est l'ouverture dans les organes abdominaux, vessie, intestin, rectum, péritoine. Le mécanisme de ces terminaisons s'explique par la propagation de l'inflammation de proche en proche.

Si un de ces accidents ne détermine pas la mort de

la malade à bref délai, l'affection n'en reste pas moins grave et cause ordinairement la mort par cachexie et hecticité, ce n'est que dans des cas très rares que la guérison spontanée serait survenue à la suite de l'élimination de la tumeur ; mais il s'agit là d'observations anciennes et il est probable que les malades étaient atteintes de polypes pédiculés, ne laissant pas après leur chute de grandes cavités mal drainées dans l'intérieur de l'utérus.

Capables de tuer à peu près à coup sûr les malades par septicémie aiguë ou chronique, la gangrène et la suppuration des fibromes sont donc des complications redoutables, en présence desquelles une thérapeutique très active doit être mise en œuvre. La meilleure de toutes, osons-nous dire, c'est la thérapeutique préventive, qui consiste non pas à redoubler de soins antiseptiques en touchant, en cathétérisant, en curettant les utérus fibromateux, mais à considérer les fibromes comme des tumeurs graves et à en imposer l'ablation. L'hystérectomie sus-vaginale est devenue une opération inoffensive et elle peut sans crainte être conseillée aux malades, même si, au moment de l'examen, elles ne sont pas incommodées par leur fibrome ; l'heure n'en est que plus propice à l'intervention et il est inutile d'attendre que celle des complications ait sonné.

Quand le fibrome sphacélé communique avec la cavité utérine, faut-il avant d'intervenir essayer de faire une désinfection tout au moins relative ? Evidemment oui, si l'état de la malade rend la chose possible ; dans nos deux cas nous en avons été empêché par l'intensité de l'infection d'une part et l'abondance de l'hémorrhagie d'autre part ; cette désinfection relative sera obtenue au moyen d'injections abondantes faites pendant plusieurs jours à l'eau oxygénée qui a une action spécifique sur les anaérobies spéciaux ; elle n'est ni caustique ni toxique et c'est un désodorisant parfait. La dose à employer est de un tiers d'eau oxygénée pour deux tiers d'eau bouillie.

Un moyen plusieurs fois essayé, mais qui doit être implacablement rejeté, c'est le curettage ; en cette circonstance, il constitue une très mauvaise opération, il est fatalement incomplet étant incapable d'extraire tout le tissu sphacélé ; il est très dangereux, car il ouvre de nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins et provoque presque immédiatement l'apparition d'accidents septicémiques très redoutables.

La seule intervention possible et logique est en réalité l'hystérectomie qui supprime radicalement le foyer cause de tout le mal.

Quoi qu'en dise Bisch, l'hystérectomie vaginale nous apparaît ici comme le procédé de choix exposant le moins à la contamination du péritoine, du moins limitant le danger à la portion pelvienne de la séreuse beaucoup plus résistante à l'infection. Malheureusement, elle n'est pas toujours praticable à cause du volume de la tumeur, à cause d'une raison quelconque inhérente au cas particulier, telle ma deuxième observation, dans laquelle je dus abandonner la voie vaginale parce que le morcellement du fibrome s'accompagnait d'une formidable hémorrhagie. Force est bien alors d'avoir recours à la voie abdominale, mais dans des conditions combien différentes de celles ordinaires des fibromes ! Il ne saurait être question ici de l'hystérectomie sus-vaginale, l'opération bénigne dont nous parlions plus haut ; la section du col ouvrirait la cavité utérine pleine de produits septiques dont il serait presque impossible d'empêcher l'écoulement partiel, et en somme pour les mêmes raisons qui, dans les fibromes ordinaires, nous font préférer l'hystérectomie sus-vaginale qui n'ouvre pas le vagin, nous devons employer dans les fibromes sphacélés l'hystérectomie totale qui n'ouvre pas l'utérus.

Il faudra, bien entendu, redoubler de soins dans la protection du péritoine, garnir plus que jamais de nombreuses compresses tout le champ opératoire, et surtout à notre avis n'ouvrir le vagin que le plus tard possible. On a songé pour empêcher l'écoulement des produits septiques contenus dans l'utérus, à oblitérer au préalable l'ouverture du col. Farjas a imaginé, dans ce but, une serre-fine spéciale et Guény a proposé de placer quelques points au gros catgut sur les lèvres du col ; ce sont là des moyens d'application difficile, et même impossible dans les cas où le fibrome volumineux fait saillie à l'ouverture du col. Nous pensons qu'il est préférable de suivre la conduite que nous avons tenue dans notre observation II et qui vise à l'ouverture dernière du vagin ; nous faisons la section, l'hémostase complète et la péritonisation des deux ligaments larges, après quoi seulement nous désinsérons l'utérus ; ce dernier temps de l'opération est excessivement court et il est rendu moins dangereux parce que l'utérus, débarrassé de ses ligaments larges, son insertion sur le vagin se laisse facilement attirer très haut presqu'en dehors du ventre ; en outre il est ainsi plus aisément isolé du reste du champ opératoire

par un nouveau lit de compresses. Deux points rapidement placés rétrécissent l'ouverture vaginale, un drain est placé dans cette ouverture, la péritonisation du vagin poursuivie à l'aide d'un des deux fils latéraux ayant servi à la suture des ligaments larges : le drain draine donc l'espace sous-péritonéal. Un autre drain placé dans le cul-de-sac de Douglas sort par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Voici, très résumées, nos deux observations:

OBSERVATION I. — Femme 42 ans, opérée le 2 août 1900 avec les docteurs LECAT, de Billy-Montigny, et DUPUY, d'Acheville ; les renseignements font défaut sur cette malade opérée d'urgence et avec un outillage de fortune ; j'étais dans la région pour une autre opération quand on me pria de l'examiner ; je la trouvai dans un état très grave ; on avait songé, étant donné sa moralité douteuse, à une rétention placentaire et le tableau clinique de l'infection puerpérale avec rétention placentaire était des plus nets ; fièvre intense, pouls très rapide, vomissements, ballonnement du ventre ; au toucher, utérus très volumineux, à col ramolli largement ouvert, laissant facilement pénétrer deux doigts ; par le toucher intra-utérin on sentait toute la paroi postérieure tapissée d'une masse mollasse friable superficiellement dont on pouvait ramener de petits lambeaux grisâtres et horriblement fétides ; mais la plus grande masse était excessivement adhérente et il était impossible d'admettre qu'il s'agissait d'un placenta. Je fis donc le diagnostic de fibrome infecté, et en raison de l'état excessivement grave de la malade, je proposai l'hystérectomie immédiate comme seule chance de salut. Cette opération in-extremis fut laborieuse, l'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et le morcellement avec un outillage de fortune fut pénible, néanmoins il fut mené à bonne fin, mais la malade, après vingt-quatre heures d'amélioration, mourut le troisième jour.

OBSERVATION II. — Malade de 45 ans, opérée le 30 mars 1901, avec le docteur HAVEZ, de Bouchain. Cette malade perdait du sang depuis très longtemps, souffrait de la compression de la vessie et du rectum et quoique déjà anémiée, se refusait à tout examen ; toutefois, dans ces derniers temps, les pertes étant devenues très fétides et l'état général mauvais, elle se décida à accepter une intervention.

A l'examen, on sent, remplissant complètement la cavité pelvienne où elle était encastrée, faisant saillie dans le vagin, une masse volumineuse, à surface effritée et déchiquetée, dont l'ongle détache des petits lambeaux friables et fétides. Par le palper abdominal on trouve la tumeur à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle n'est que peu mobile et sa portion pelvienne est considérable. Malgré son volume et sa fixité, je décide de l'attaquer par le vagin pour éviter de contaminer le péritoine, mais après avoir commencé le morcellement et enlevé deux ou trois fragments, je dus m'arrêter, tant l'hémorragie était considérable; j'ouvrais à chaque coup d'énormes lacs sanguins et je n'ai certes jamais vu saigner avec une telle abondance; j'eus d'ailleurs un mal énorme à arrêter cette hémorragie au moyen d'un tamponnement extraordinairement serré et de la compression énergique sur la colonne de tampons d'une part, sur le fond de l'utérus d'autre part. L'hystérectomie abdominale fut faite suivant le mode opératoire indiqué plus haut avec cette différence que le volume du fibrome pelvien me força à faire l'énucléation préalable.

La guérison fut un peu retardée par l'apparition d'un abcès de la paroi et du petit bassin renfermant un pus ayant la même fétidité que la tumeur, mais elle fut complète et la malade est aujourd'hui sur pieds.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les médecins devant la maladie et devant la mort : le docteur Bouilly

Du temps où je terminais mes études, le hasard m'avait conduit un jour dans la salle des thèses. Le candidat sur la sellette présentait un travail intitulé : *Les palliatifs dans la phtisie laryngée*. Il s'appelait, je crois, FOURNIER. Atteint de tuberculose du larynx au moment d'être reçu docteur, le brave garçon avait tenu, avant de partir pour le grand voyage, à saluer une dernière fois ses maîtres et les compagnons de sa jeunesse. Je revois encore la vieille salle de la Faculté inondée de soleil et toute joyeuse, pendant que le pauvre candidat, presque aphone, expliquait les remèdes dont il tirait le meilleur soulagement. Malgré les objurgations affectueuses de ses juges, qui eux aussi, avaient la voix étranglée d'émotion, il alla jusqu'au bout de son épreuve. Puis, quand ce fut fini, s'étant péniblement levé, il serra les mains tendues vers lui. Et, souriant, alors que les yeux étaient mouillés de larmes, il s'en alla, heureux d'avoir célébré le rite qui ouvre à chacun de nous les portes de la vie, et qui marquait pour lui la dernière étape vers la mort.

Pareil héroïsme n'est point rare chez les médecins. En dehors de l'exemple mémorable de TROUSSEAU, qui se trouve aujourd'hui dans les manuels des écoliers, faut-il citer DOLBEAU rassurant NÉLATON qui lui pratiquait l'empyème et lui rappelant que le moment était venu de lier l'artère ? Parlerai-je de PÉAN indiquant à ses amis la faiblesse de son pouls et l'imminence de la dernière syncope ? J'ai là, sur ma table, le journal d'un confrère morphinomane, je vous en parlerai peut-être quelque jour ; rien de plus saisissant que les notes de ce moribond. Il semble que, pour beaucoup d'entre nous, la terreur ancestrale du grand inconnu s'atténue, pour faire place à une sérénité qui parfois surprend et déconcerte. Je n'insiste pas ; d'ailleurs Cabanès, dans sa *Chronique médicale*

a parlé excellemment de tout cela. Je veux simplement rendre hommage à un confrère mort l'autre mois et dont la fermeté vient ajouter un nouvel exemple aux cas nombreux déjà connus.

BOUILLY est d'autant plus à citer, qu'il ne s'est point contenté de tendre les ressorts de sa volonté pour faire front à l'orage. Il a été plus loin, ayant pris sur lui de s'oublier pour ne penser qu'aux êtres aimés. Placé au sommet de notre hiérarchie médicale, il a témoigné au suprême moment, l'oubli de soi-même. Son attitude nous montre combien, dans notre monde, les liens de famille sont solidement noués. C'est par là que son cas intéresse ; en dépit de quelques apparences, il n'est pas, comme on va le voir, de cœurs plus dévoués et plus aimants que ceux des médecins.

***

— « Il n'est personne d'aussi heureux que moi, me disait un jour BOUILLY, mais tout le secret de mon bonheur réside dans l'équilibre parfait de mon organisme. Je rentre chez moi éreinté, n'en pouvant plus. Je dîne, et me voilà dispos. Si je me trouve en face d'une situation difficile, mon incurable optimisme me la fait toujours envisager par le bon côté. Avoir du bon sens, se garder d'emballements, tout est là dans la vie. C'est ma pondération qui fait ma force. » Et il avait bien raison. Nulle existence plus heureuse que la sienne. Il goûtait ce bonheur que connaissent seuls à Paris les hommes arrivés, bonheur si différent de celui des oisifs, pour qui la vie s'écoule doucement, sans grands heurts comme sans grandes joies.

Peu touché de son demi-échec au professorat, il allait se retirer en Sologne dès cette année. Ce bon ouvrier estimait que sa tâche était remplie et qu'il devait céder sa place. Mais au moment où il échafaudait ses beaux rêves, il était déjà guetté par la mort. Un jour de l'an dernier, il constata sur le bord gauche de la langue un petit bouton auquel il n'avait pas pris garde jusqu'alors. Il se rendit chez un de ses collègues ; l'examen fut long et la consultation solennelle. Dès l'abord, le confrère diagnostiqua un cancer ; mais quelle conduite tenir ? Fallait-il annoncer brutalement la vérité ? Au moment où roulaient sur la table les dés de fer du destin, n'était-il pas humain de cacher le jeu et de laisser au malade quelques jours d'espoir ? Derrière le masque du Parisien aimable et sceptique, une insondable faiblesse ne pouvait elle pas se dissimuler ? Heureusement, BOUILLY avait bien choisi son homme. Le consultant parut hésiter un peu, et son incertitude même était déjà une précaution oratoire ; il dit la vérité : Tumeur maligne de la langue, à enlever le plus rapidement possible.

Comprenant tout ce qu'avait de terrible la situation de son ami, BOUILLY le remercia ; puis, dans la paix du soir, erra un instant par les grandes avenues désertes de la ville, avant de rentrer chez lui. Ainsi le sort imbécile le frappait, lui qui avait si bien employé sa vie ! Il était encore jeune ; la moisson était prête, le repos l'attendait. Et de son aile brutale le mauvais génie venait de balayer tous ses projets d'avenir. Rentré dans son hôtel, ce nid si admirablement orné, en revoyant ses objets d'art familiers et tout le beau luxe dont cet homme de goût aimait à s'entourer, il eut un moment de défaillance, le seul peut-être de toute sa vie. « Mon amie ! ma pauvre amie ! dit-il en se penchant sur l'épaule de sa femme comme un enfant, c'est grave, c'est très grave ! Qu'allons-nous devenir ? »

L'homme a beau être fort, il a beau s'être discipliné en vue de la lutte, un peu de la faiblesse du premier âge demeure toujours en lui. Je me souviens d'avoir rencontré un des ministres de ce temps dans la circonstance la plus tragique de sa vie tourmentée. Son avenir politique, sa liberté, son honneur, il avait dû jouer tout cela au cours d'une séance mémorable. Durant plusieurs heures, cet être de force et de combativité, dont l'allure pesante fait penser aux grands fauves, avait dû vaincre les hurlements de la foule lâche et imbécile de ses collègues, heureux d'opposer leurs vertus de médiocres à la supériorité de ce bel animal humain dont ils avaient si souvent redouté la griffe ou mendié l'étreinte. Eh bien ! ce lutteur intrépide, je le voyais cassé, plié, faible comme un petit enfant. Dans une allée solitaire du Bois, il allait, les yeux perdus, appuyé au bras de sa femme, tandis qu'elle semblait le bercer de ces mots que seules savent trouver celles-là qui nous aiment.

BOUILLY, je l'ai dit, se remit vite. Le soir même, il s'était tracé sa tâche. Le grand souci de cet homme, dont le cœur avait gardé la fraîcheur de vingt ans, était de n'être point mutilé. Sans doute, l'ablation totale de l'organe offrait plus de chances de survie. Mais, à quoi bon ? Ne valait-il pas mieux mourir en galant homme, plutôt que de traîner longtemps une existence misérable ? Le maître fit appeler son élève et lui dicta sa conduite. Une première opération eut lieu, puis, presque immédiatement après, une autre. Tout se passa le mieux du monde. Le malade partit pour la campagne et l'aimable enjouement de jadis, trompant l'inquiétude de son entourage, ramena la sérénité à son foyer. Pourtant un jour, dans la petite église de son village, des yeux auxquels rien ne pouvait échapper virent couler ses larmes. Le lendemain, il montrait à un de ses amis venu le soir, de gros ganglions à l'angle droit de la mâchoire : c'était la récidive. Alors il rentra à Paris où, en dépit de tout, il voulut reprendre son service d'hôpital. L'échéance était toute proche. Le créancier inexorable ne voulait pas attendre ; n'importe, BOUILLY s'acharna contre la destinée. Mais, un matin, le bistouri lui tomba des doigts. On dit qu'il le brisa et en remit les morceaux à ses élèves. Je n'ai pas contrôlé le fait : en tout cas, le geste est beau et digne de l'homme. Ayant fait ses adieux à son service, il quitta l'hôpital où il ne devait plus jamais revenir.

Pour tromper les longues heures, il s'était sur la fin adonné à l'Histoire. Revivre dans le passé, n'est-ce pas, en quelque

sorte prolonger sa vie ? Ce moribond se délectait aux récits de notre France héroïque. Il la suivait semant à pleines mains au dehors ses idées de liberté et de justice, tandis qu'au dedans elle était la proie des démagogues. L'action de nos aïeux, portée à son summum, consolait le malade de son inactivité. Çà et là il pensait encore à son art ; c'est ainsi qu'il avait commencé un travail où il démontrait, à l'aide de ses observations, la marche toujours croissante des affections cancéreuses.

Mais son grand souci était d'éviter aux siens la vue de son mal. C'était l'homme heureux de jadis qu'il s'efforçait de paraître, toujours et quand même. Grâce à ses soins minutieux et je dirais à sa coquetterie, si ce mot pouvait être employé ici, c'est à peine si son entourage, si ses nombreux amis, se rendaient compte des progrès du mal qui le rongeait. Comme cette héroïne du XVII[e] siècle qui « passa », après s'être fait coiffer et s'être mis en rouge, BOUILLY s'attachait à conserver la correction de sa tenue. A ce moment, sa voix était presque inintelligible. Sa femme et sa mère seules le comprenaient. Les femmes ont le don spécial de saisir le premier et le dernier bégaiement des hommes. En dehors de leur finesse naturelle, peut-être faut-il voir là comme la survivance obscure des instincts ancestraux, lorsque l'homme, encore tout près de l'animalité, ne s'exprimait que par de vagues interjections.

Mais à force de « descendre l'échelle », comme il disait lui-même en souriant, il touchait aux marches du tombeau. Alors il prit soin de rédiger ses lettres de faire-part ; il établit l'ordonnance de ses obsèques, autorisant seulement l'envoi des fleurs « parce que, écrivait-il, mes malades pauvres ont toujours aimé à m'en offrir. »

Ici se retrouve encore le juste équilibre de ce sage. Il avait si bien tout prévu, tout calculé, que la tâche de ses amis fidèles fut des plus simples ; par delà la mort, c'était encore lui qui veillait sur les siens. Un soir, il remit à ceux-ci le petit livre où il avait enfermé ses dernières volontés. Il les embrassa plus tendrement qu'il ne faisait d'ordinaire, et le lendemain on le trouva mort.

Ainsi finit cette homme de bien, si justement équilibré, si parfaitement doué, et auquel il ne manqua peut-être qu'un peu d'ambition. La mort et lui se connaissaient déjà. Simple prosecteur, engagé dans les rangs des Russes, il l'avait bravée aux champs de Plewna, et les Slaves avaient pu admirer alors la science et le tranquille héroïsme de ce Latin devenu un instant leur compagnon d'armes. Tel il s'était montré au milieu des balles turques, tel on le vit dans son dernier combat. N'avais-je pas raison de le proposer comme un exemple de courage et de vertus familiales ?

Le jour de ses funérailles, comme le cortège se mettait en marche, un de nos confrères me montra la toge d'agrégé drapée autour du cercueil. « Pourpre triomphale autrefois, pauvre étoffe ternie aujourd'hui et mangée aux vers demain, voilà ce qui reste de notre effort ! » me dit-il. A quoi bon dès lors tant lutter, tant agiter sa vie ? » Elevant un peu mon regard je lui montrai du doigt les petits bouquets de violettes maladroitement attachés en couronne autour de menus fils de fer, et que les cahots de la route détachaient un à un. « Regardez, lui dis-je, ce qui reste de nous : des petits bouquets de deux sous, c'est-à-dire le témoignage du bien que cet homme a pu faire aux humbles. Et ces hommages ne sont-ils pas là pour justifier l'action ? » Si courte que soit notre carrière, celui-là n'a pas perdu son temps qui, ayant aimé son art, emporte avec lui le regret de ses malades et tombe dans la lutte avec la conscience d'avoir autant qu'il était en lui, apporté un peu de bonheur et de consolation à ses compagnons de misère.

F. HELME.

(Revue moderne de médecine et de chirurgie).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Des Concours pour deux emplois d'aide de clinique, l'un à la clinique des maladies des voies urinaires et l'autre à la clinique chirurgicale des enfants, s'ouvriront à la Faculté le lundi 27 juillet 1903, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 1[er] au 18 juillet, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le diplôme de docteur en médecine. Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus. La durée des fonctions d'aide de clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour une année chaque fois, sur la demande du professeur. Le traitement annuel est de 600 francs.

Les épreuves du concours consistent : 1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie externe ; 2° en une épreuve clinique orale de dix minutes, après vingt minutes de réflexion, sur un ou deux malades, au choix du jury, pris respectivement dans les services des maladies des voies urinaires et des maladies chirurgicales des enfants ; 3° en une épreuve de médecine opératoire ; 4° en une épreuve de laboratoire.

Les attributions de l'aide de clinique sont les suivantes : 1° Aider le professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ; 2° exercer les élèves, sous la direction du professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés d'investigation propres à établir le diagnostic des maladies ; 3° suppléer le professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. G.-H.-A. DURAND, de Vitré (Ille-et-Vilaine), a soutenu

avec succès, le lundi 8 juin, sa thèse de doctorat (6e série, n° 135), intitulée : **Contribution à l'étude des infarctus de la rate.**

M. J.-B. Dubois, de Dissaix (Vendée), ex-interne de l'asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine), a soutenu avec succès, le mardi 9 juin 1903, sa thèse de doctorat (6me série, n° 136) intitulée : **Contribution à l'étude des amnésies.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Marseille. — M. le docteur Alezais, docteur ès-sciences naturelles, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Lyon. — M. le docteur Doyon, professeur agrégé, est nommé professeur adjoint.

Distinctions Honorifiques

Médaille des épidémies. — Le Ministre de la Guerre a adressé, pour leur zèle et leur dévouement au cours d'épidémies, sévissant sur l'armée des lettres de félicitations à MM. les docteurs Carayon, médecin principal ; Spite et Duvigneau, médecins-majors de 1re classe ; Rouffiandis et Marque, médecins aide-majors de 1re classe ; Le Clech, médecin aide-major auxiliaire.

Notre Carnet

Le docteur Desmoulin, de Croix, nous fait part de la naissance de son fils Pierre. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Puyjoli de Meyjounissas, de Brantôme (Dordogne) ; Moutet, médecin principal en retraite ; Berthelot, de Doudeville (Seine-Inférieure) ; Motheau, de Tunis (Tunisie).

M. Crotte, étudiant en médecine de Lyon.

M. le docteur Dubroque, de Bersée (Nord). Nous adressons à la famille de notre confrère, plus particulièrement à son fils, étudiant en médecine à notre Faculté, nos bien vives condoléances.

OUVRAGES REÇUS

— **Guide populaire d'hygiène ; manuel de la santé publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand**, traduit par le docteur Cryns, de Verviers, Manceaux, Bruxelles, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

23e Semaine, du 31 Mai au 6 Juin 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	2
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	5	4
2 à 5 ans	4	4
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	6	9
40 à 60 ans	9	5
60 à 80 ans	10	11
80 ans et au-dessus	2	2
Total	45	44

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
NAISSANCES par Quartier	3	8	18	18	14	14	4	6	14	5	6	110
TOTAL des DÉCÈS	6	19	11	13	8	9	3	3	13	2	2	89
Autres causes de décès	3	5	2	7	3	4	2	»	3	»	1	30
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	1	»	1	»	»	1	1	»	»	4
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire	1	6	1	2	3	1	»	»	2	»	»	16
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	»	2	3	1	»	1	»	1	2	1	»	11
Maladies organiques du cœur	2	»	1	1	1	2	»	»	2	»	»	9
Bronchite et pneumonie	»	4	1	1	»	1	»	1	1	1	1	11
Apoplexie cérébrale	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	3
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	1	»	»	1	»	1	»	1	4
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

3. Septième Année N° 25 Le Numéro : **10** centimes 21 Juin 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* **Union postale : 6 fr.**

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

De quelques anomalies du côlon transverse

par **G. Gérard,**
Agrégé, Chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille.

Loin d'avoir la forme régulière que lui attribuent les descriptions classiques, le côlon transverse est, comme on l'a bien dit, « une sorte d'organe protée qui peut occuper tous les points de la cavité abdominale » (BUY). Cette notion qui est encore mal connue et sur laquelle il est nécessaire d'insister, a été bien mise en lumière par une série d'auteurs récents, parmi lesquels il convient particulièrement de citer : FROMONT (1) qui donna à la première portion du côlon transverse le nom d'anse transverse vraie, à la seconde le nom d'anse gastro-côlique ; MAUCLAIRE et MOUCHET (2), qui, d'après le résultat de cent autopsies,

(1) H. FROMONT, Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif (*Thèse de Lille*, 1889-1890).

(2) MAUCLAIRE et MOUCHET, Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse (*Bull. soc. anat.*, 1896, p. 600).

admettent qu'il présente une légère courbure à concavité supérieure ; LEMAIRE (1), pour qui « chez l'enfant, le côlon transverse complètement horizontal est rare » (p. 44) ; COHAN (2), qui arrive à cette conclusion véritablement intéressante qu'il n'existe pas de type normal du côlon transverse et qui insiste sur ce fait qu'il peut occuper tous les points de la cavité abdominale ; WILHELM KOCH (3), qui rassemble une série de malformations congénitales du gros intestin ; DUCATTE (4), qui envisage surtout les entéroptoses au point de vue chirurgical ; enfin BUY (5), qui, dans une thèse de tous points remarquable, étudie successivement les moyens de fixité, la situation et les rapports du côlon transverse normal et anormal, et met bien en relief l'extrême variabilité de cette portion du gros intestin.

Les assertions rapportées et discutées dans ces différents travaux sont des plus suggestives ; j'ai, moi-même, eu l'occasion de les vérifier et je suis arrivé à cette conception qu'il est exceptionnel de voir le côlon transverse présenter le type décrit comme normal, qu'il est au contraire des plus fréquents de lui

(1) L. LEMAIRE, Anatomie topographique des organes abdominaux du fœtus et de l'enfant (*Thèse de Lille*, 1897).

(2) E. COHAN, Recherches sur la situation du côlon transverse (*Thèse de Paris*, 1898, n° 178, 5 pl.).

(3) WILHELM KOCH, Die angeboren ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen der menschlichen Darmes (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1899, p. 1).

(4) DUCATTE, Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales (*Thèse de Paris*, 1899-1900).

(5) J. BUY, Anatomie du côlon transverse (*Thèse de Toulouse*, 1901).

trouver les formes considérées et décrites comme anormales ; — formes en V ou en U, en W, en M majuscule, en S majuscule, etc. Cette notion est devenue tellement familière que les étudiants de Lille n'ouvrent jamais un corps sans être persuadés à l'avance qu'ils trouveront le côlon transverse partout, sauf à la place qu'on lui assigne.

Ces prétendues anomalies dépendent-elles de déplacements correspondants du cæcum ou des côlons ? Je ne le crois pas. Rien ne me semble plus inexact que cette notion qui veut que, toutes choses égales, le gros intestin ait toujours la même longueur. Du gros intestin, considéré chez l'adulte, deux portions ont une localisation bien nette : le côlon ascendant (avec le cæcum), le côlon descendant ; deux portions sont sujettes à de grandes variations : le côlon iliopelvien, le côlon transverse. Glénard a d'ailleurs insisté, dans ses divers travaux sur l'entéroptose, sur la fixité de l'angle splénique du côlon.

D'autre part, les déplacements du côlon transverse *chez l'adulte* doivent-ils toujours être rattachés ou attribués aux entéroptoses ? Je ne le crois pas non plus. Evidemment on trouve souvent, dans ces cas, une dilatation quelquefois énorme du gros intestin présplénique. Cette dilatation, beaucoup plus fréquente à mon avis *que la dilatation d'estomac dont on a tant abusé et qui est très rare*, facile à mettre en évidence sur le vivant (passage des gaz à travers l'anse transverse, clapotage spécial, sonorité souvent nette, facile à distinguer de la sonorité stomacale qui est différente, gêne accusée par les malades, etc.), plus souvent observée chez la femme que chez l'homme, — le fait est indéniable — me semble consécutive à l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Mais je me demande s'il n'y a pas lieu de changer les termes du problème et s'il ne faut pas dire : L'entéro-côlite n'arrive que chez les individus dont le gros intestin présente une situation anatomique anormale ; elle évolue fatalement et aboutit fatalement à la dilatation, mais seulement chez les sujets dont la statique abdominale est bouleversée, chez ceux qui présentent des *anomalies congénitales du côlon transverse*. J'ai en effet la conviction intime qu'à côté de l'entéroptose acquise, décrite par Glénard, il existe une *entéroptose d'origine congénitale* produite par l'évolution d'une malformation *légère* existant à la naissance, mais favorisée et exagérée sous l'influence de certaines conditions : sexe (sa fréquence chez la femme), alimentation vicieuse du premier âge, corset, grossesse, constipation, etc., mais surtout par l'établissement d'une côlite.

Les faits que j'avance me semblent faciles à démontrer et à défendre par l'étude comparative de certaines courbures du côlon transverse (première ou deuxième portion) qu'on observe à la naissance ou dans le premier âge. Ils seront prochainement étudiés et interprétés dans un travail d'ensemble que prépare un élève de Lille.

Je me contenterai aujourd'hui de rapporter trois observations typiques qui montreront combien, dans certains cas, le côlon transverse mérite peu son nom.

Observation I (fig. 1). — *Côlon transverse en S majuscule.* — Femme de 59 ans, morte à l'asile de Bailleul.

A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales, bien fixées par l'injection générale avec la solution de formol, avaient pris une couleur uniformément blanc jaunâtre, et une consistance particulière de baudruche.

Immédiatement derrière la paroi abdominale antérieure, ce qui attirait d'abord l'attention, c'était la présence de trois anses, très dilatées, horizontalement superposées, qui occupaient les régions épigastrique et ombilicale sur la ligne médiane et avaient envahi les deux flancs et l'hypocondre gauche. L'anse inférieure dépassait l'ombilic de trois travers de doigt.

Un examen rapide permettait de rapporter ces anses au côlon transverse anormalement long et dilaté ; voici quelle était la disposition générale de l'intestin :

La plus grande partie de l'intestin grêle était tassée dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, recouvrant à ce niveau l'S iliaque ; la portion initiale du jéjuno-iléon était recouverte par le côlon transverse.

Le *cæcum*, en position basse, était rattaché à la paroi abdominale — au-dessus de l'épine du pubis — par un repli péritonéal ; sa dilatation était telle que le fond, dépassant le point d'abouchement de l'intestin de trois travers de doigt, effleurait la partie latérale droite de la vessie.

L'*appendice* était latéral interne ; il existait une fossette cæcale inférieure et une fossette iléo-appendiculaire.

Le *côlon ascendant*, court, placé profondément, entouré d'un méso complet, commençait à l'épine iliaque antéro-supérieure droite et décrivait une légère courbe à concavité antérieure dont la partie supérieure, suivant la vésicule biliaire, arrivait à l'angle hépato-colique.

Le *côlon transverse* naissait brusquement à ce niveau sous le foie hypertrophié, non loin de l'épine iliaque et du cæcum et décrivait à travers les deux tiers supérieurs de l'abdomen une énorme anse en S majuscule, constituée par trois branches superposées, ayant contracté des rapports intimes de contiguïté, et s'étant, comme le montre la figure, moulées les unes sur les autres. *a*) La première branche, infé-

rieure. sous-ombilicale dans presque toute sa largeur, dirigée à gauche et très légèrement en bas. traversait l'abdomen en recouvrant une partie des anses grêles et arrivait dans la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Là elle remontait et se recourbait brusquement en *b*) seconde branche ou branche moyenne qui, née au niveau de la crête iliaque gauche, traversait



Fig. 1

l'abdomen de gauche à droite, et arrivait sous la face inférieure du lobe gauche du foie, où elle laissait une empreinte bien nette. A ce niveau elle se recourbait en *c*) branche supérieure ou 3e branche, qui traversait la région épigastrique de droite à gauche, dans sa première partie, glissait horizontalement sous le lobe gauche du foie, dans sa seconde partie montait obliquement en arrière au-dessus de la rate jusqu'au diaphragme. Le mésocôlon transverse, inséré au bord postérieur des trois branches que je viens de décrire, suivait très exactement leurs sinuosités.

A l'angle splénique très aigu, commençait le *côlon descendant*, long, sinueux, entouré d'un méso complet et, de plus, à son origine rattaché à la portion terminale du côlon transverse par un repli péritonéal.

Dans son trajet il décrivait, comme chez le nouveau-né, une courbe à concavité externe, et se repliait sur lui-même à la crête iliaque gauche. L'*S iliaque*, placé entièrement dans la fosse iliaque gauche, ne présentait rien de particulier.

En somme, l'anomalie portait uniquement sur le côlon transverse ; pour l'interpréter, on peut admettre une exagération du développement de la portion sous-hépatique du côlon. J'ai vu, en effet, sur des nouveau-nés, le côlon ascendant très profondément situé se continuer par une longue anse horizontale sous-hépatique qui représentait le côlon transverse à son origine. Il est possible d'expliquer cette disposition très particulière du côlon transverse par une persistance de cette anse sous-hépatique qui existe fréquemment.

Observation II (fig. 2). — *Côlon transverse en M majuscule à branches inégales.* — Sujet féminin, 49 ans, mort à l'asile de Bailleul.

La plus grande partie de l'intestin grêle est cachée par le côlon transverse dilaté et en position anormale.

Le *cæcum*, moyennement dilaté, est dans le flanc droit, sous la paroi abdominale antérieure. D'une manière générale, il a subi une sorte de mouvement de bascule de bas en haut : son fond, qui remonte jusqu'à deux travers de doigt du bord libre du foie, est appliqué sur la face antérieure du côlon ascendant. Il se dirige ainsi de haut en bas et, dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite, il se courbe brusquement pour se continuer avec le côlon ascendant.

Le *côlon ascendant*, court, monte vers la partie antérieure de la face inférieure du foie en décrivant une légère courbe à concavité antéro-interne, et, du niveau de la vésicule biliaire, se continue sans démarcation nette avec le *côlon transverse*. Celui-ci présente quatre portions bien distinctes : la première monte obliquement vers la gauche sur le bord antérieur du foie, et, arrivée sur la ligne médiane, à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde, décrit un coude. La deuxième portion, longue de 27 centimètres, décrivant une

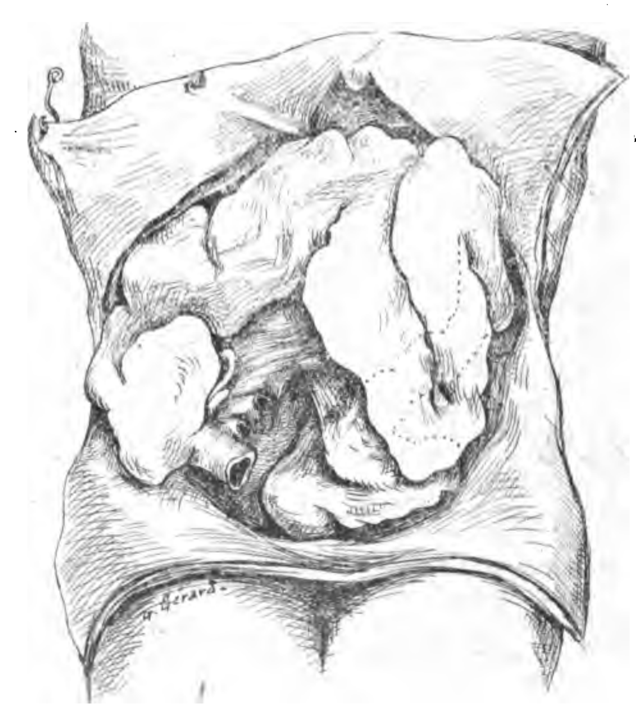


Fig. 2

légere courbe à concavité gauche, se dirige en bas et en avant jusque dans la fosse iliaque gauche, où elle se reploie brusquement au devant de la portion iliaque du côlon ilio-pelvien. La troisième portion, longue de

25 centimètres, remonte parallèlement à la deuxième jusque sous le lobe gauche du foie, s'insinue sous les fausses côtes gauches (sur la figure elle a été attirée en avant) et là se plie brusquement pour se continuer par une quatrième portion, postérieure et profonde, d'une longueur de 10 centimètres, qui s'enfonce le long de la grande courbure de l'estomac jusqu'à la rate, à laquelle elle est rattachée par un ligament spléno-côlique peu développé.

Le *côlon descendant*, également anormal, continue le côlon transverse sans démarcation nette ; appliqué contre la paroi abdominale postérieure par un méso incomplet, il descend obliquement en bas et en dedans jusqu'à la partie latérale gauche du quatrième et cinquième vertèbres lombaires.

Le *côlon ilio-pelvien* commence au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Il est en grande partie situé dans la fosse iliaque gauche où il décrit une anse de court rayon à concavité postérieure. Sa portion pelvienne est très réduite.

En somme, il y a une disposition anormale de tout le gros intestin : 1° le cæcum est haut placé et inversé (l'appendice descendant et latéral interne) ; 2° le côlon ascendant court et plus antérieur que de coutume ; 3° le côlon transverse très ptosé. L'intérêt de cette observation réside dans la présence de l'anse moyenne en V fournie par ses deuxième et troisième portions. Cette anse, qui arrive par son sommet dans la fosse iliaque gauche, est placée sous la paroi abdominale dont elle occupe plus du tiers en surface ; elle recouvre les anses intestinales grêles, le côlon descendant tout entier et une partie de l'S iliaque Le mésocôlon transverse avait naturellement suivi le mouvement de son intestin, et il y a peut-être une relation entre son allongement et la brièveté du grand épiploon qui était entièrement réduit.

Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Observation III (fig. 3). — *Côlon transverse en accordéon.* — Sujet masculin, 46 ans, mort à la Charité.

La cavité adbominale étant ouverte, on trouve dans sa moitié supérieure, immédiatement derrière la paroi abdominale antérieure, un groupe d'anses intestinales dilatées que nous verrons appartenir au côlon transverse.

Voici comment on peut décrire le gros intestin.

Le *cæcum*, dilaté d'une façon régulière, plus volumineux que de coutume, est en position moyenne, à la partie supérieure de la fosse iliaque, à 7 centimètres et demi au-dessus de l'épine du pubis, à deux travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, tout contre la paroi à laquelle il est relié par un mésocæcum, court L'appendice, long de 80 millimètres, couché sous le cæcum, est replié sur lui-même.

Le *côlon ascendant*, normal, monte verticalement vers la face inférieure du foie et décrit une courbe de court rayon à concavité inférieure au-dessous du lobe carré (coude hépato-côlique).

Le *côlon transverse* est formé de quatre portions très dilatées, placées verticalement les unes à côté des autres, et figurant un double U. La première portion, reliée au côlon ascendant par des adhérences, longue de 15 centimètres, descend jusqu'à la ligne ombilicale ; elle se coude en s'étalant pour se continuer avec la deuxième portion, longue de 20 centimètres, qui remonte verticalement de bas en haut jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde. Elle se coude sous le lobe gauche du foie et se continue par la troisième portion, longue de 23 centimètres, qui suit parallèlement son bord interne, sur lequel elle se moule, mais auquel elle n'est reliée par aucune bride péritonéale. Cette troisième portion dépasse la ligne ombilicale d'un travers de doigt. Elle se continue par un coude brusque, qui occupe la partie la plus antérieure du

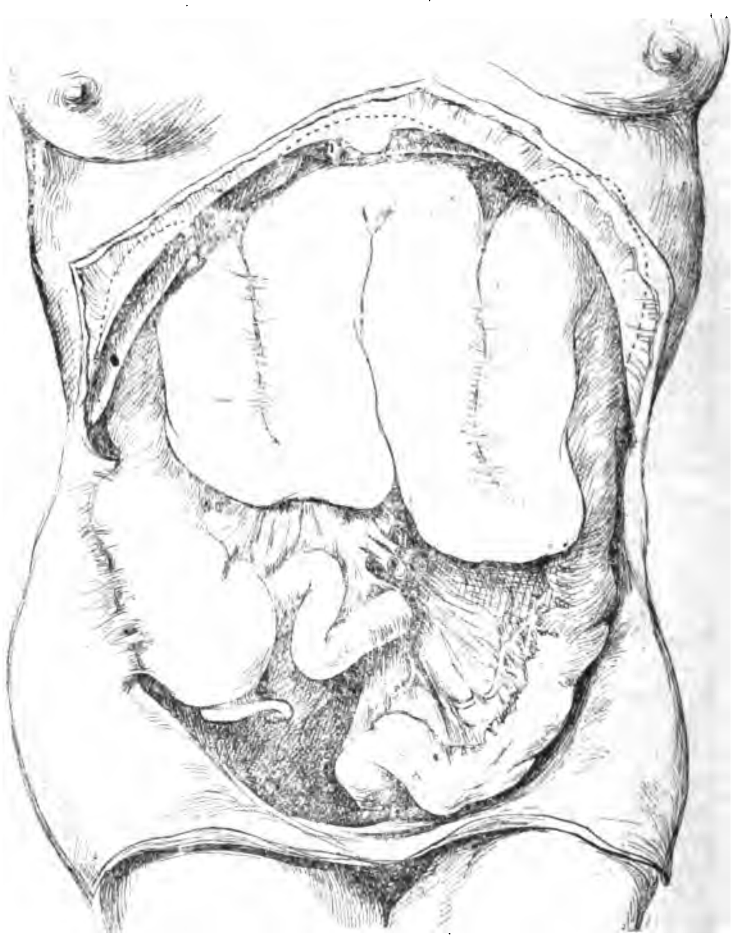


Fig. 3

flanc gauche et la moitié gauche de la région ombilicale.

La quatrième portion remonte verticalement jusqu'à l'angle splénique, très haut placé, qui cache la plus grande partie de l'estomac.

Le grand épiploon semble de prime abord très réduit ; les anses du côlon transverse étant laissées en place, il apparaît sous la forme d'un court tablier — 5 centimètres — couché sur les anses grêles, et partant du coude placé entre les portions 3 et 4. En soulevant cette anse, on voit que le grand épiploon a été refoulé sous le côlon transverse ; on arrive facilement à l'étaler, et à comprendre les adhérences qui unissent les portions 1 et 2, 3 et 4 comme des soudures secondaires constituées aux dépens de son feuillet antérieur.

En somme, le côlon transverse est anormalement long et dilaté; après section du mésocôlon, on lui trouve une longueur totale d'*un mètre environ*, ses limites, à droite et à gauche, sont bien nettes; les brides solides qui unissent ses différentes portions permettent d'admettre que la disposition trouvée est ancienne et remonte probablement aux premiers âges de la vie.

Le *côlon descendant* non dilaté est normal; de même l'*S iliaque* qui présente deux portions bien nettes : une anse iliaque gauche; une anse pelvienne qui se termine au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite.

Sur le même sujet, il faut encore signaler :

1° La position de l'estomac, nettement horizontal dans toute son étendue, la face antérieure étant devenue supérieure, la face postérieure étant inférieure par suite de son refoulement en haut par les anses anormales du côlon transverse;

2° La forme en V du duodénum; anormalement allongé, il descend jusque devant la quatrième vertèbre lombaire;

3° La naissance de l'artère hépatique sur la mésentérique supérieure; le tronc cœliaque donnant la splénique, la coronaire stomachique, la diaphragmatique inférieure gauche, une duodéno-pancréatique postérieure assez volumineuse.

Coup de couteau, plaie pénétrante de la plèvre, du péricarde et du péritoine, résection de l'épiploon dans le péricarde, suture du centre phrénique.

Par le docteur **René Le Fort**, *chef de clinique chirurgicale*

En décembre 1902, au Congrès du Caire, M. le professeur Giordano ayant, à propos de malades qu'il présentait et qu'il avait amenés avec lui de Naples, étudié la question de la meilleure voie d'accès chirurgical du cœur, j'ai rapporté de mémoire et sans notes, au cours de la discussion qui a eu lieu, l'observation qui va suivre. Cette observation n'est donc pas complètement inédite, mais les comptes-rendus du Congrès du Caire, dans lesquels elle doit paraître, n'ont pas encore été publiés, et d'autre part, ils n'en fourniront que le résumé; ceci m'engage à vous la communiquer aujourd'hui.

Le 31 août 1902, à dix heures du matin, au cours de la visite dans le service de M. le professeur Folet, je trouve un blessé entré quelques heures auparavant pour un coup de couteau de la région précordiale qu'il s'est donné le matin même. C'est un homme de 35 ans, pâle, très anémié, à respiration anxieuse, courte et rapide, en apparence de shock assez prononcé. La poitrine est couverte d'un pansement en dessous duquel il y a, à deux bons travers de doigt au-dessous du mamelon gauche, une plaie large d'environ quatre centimètres, transversale, laissant apercevoir entre ses lèvres une surface cruentée qui appartient à la lèvre supérieure. La lame a frappé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, et la lèvre inférieure de la plaie est mince et tranchante en haut. A chaque mouvement respiratoire, les téguments se soulèvent au-dessous de la plaie et forment une saillie de la dimension d'un petit œuf de poule; il y a pneumothorax traumatique, pas d'emphysème.

Le cœur bat bien, le pouls est assez plein, un peu rapide seulement. Si l'on abaisse avec le doigt la lèvre inférieure de la plaie qui forme valvule, il y a traumatopnée.

A l'auscultation du poumon on trouve tous les signes du pneumothorax; l'auscultation du cœur permet d'entendre les battements, sans souffles, sans bruit de moulin, mais très éloignés. Le blessé n'a pas craché de sang, il n'a pas vomi. Le ventre paraît un peu sensible, il y a un peu de contracture dans la région sus-ombilicale, la paroi se défend en haut.

Il y a certainement plaie pénétrante de poitrine, peut-être de l'abdomen; en conséquence, je pratique de suite l'opération, aidé de MM. Curmer et Dancourt, internes de garde. M. le professeur Folet, étant venu à l'hôpital pendant ce temps, a bien voulu me prêter son précieux concours pour la deuxième partie de l'intervention.

Sous le chloroforme, pendant la période d'excitation qui est assez longue, la traumatopnée s'accuse et des filets de sang sortent de la plaie.

La région largement lavée, brossée, aseptisée, je pratique une incision courbe, limitant un volet à convexité interne et à base externe, allant en dedans au niveau du sternum, et entourant la plaie qui occupe la partie supérieure du volet; le trait supérieur de l'incision passe à égale distance du mamelon et de la plaie.

Les muscles sont sectionnés, puis les cartilages costaux, et deux côtes (vraisemblablement les sixième et septième) sont fracturées successivement à la main, le plus loin possible. Cette partie de l'opération est éclaboussante, le poumon, le diaphragme, le péricarde, tantôt se précipitent violemment contre la plaie, tantôt rentrent dans la profondeur laissant béante une énorme cavité. Il y a hémothorax de sang rouge, liquide; le pneumothorax est absolument total, il n'y a aucune adhérence pleurale.

En dedans, vers le médiastin, plus proche de la ligne médiane que la plaie cutanée, l'œil et la main rencontrent un large orifice qui admet facilement trois doigts et paraît conduire dans un tunnel cellulo-graisseux oblique en bas, en dedans et en arrière.

Dans ce tunnel, on sent, en haut et en arrière, le cœur qui bat violemment, mais au contact duquel on n'arrive pas d'emblée; de ce tunnel, un orifice donne accès sur la pointe du cœur même, et tout autour, le péricarde est mince et réduit au feuillet séreux. En bas, au contraire, le tunnel conduit dans un grand trou béant, à bords tendus, le diaphragme est perforé.

Le jour étant insuffisant, je rabats en dedans les extrémités internes des cartilages costaux avec la partie adjacente du sternum, après avoir branché sur l'incision primitive une incision horizontale allant de gauche à droite en croisant le sternum.

A ce moment, on peut se rendre compte que l'épiploon est passé en grande partie dans le médiastin et le péricarde. Cet épiploon est difficile à refouler. En le repoussant du tunnel médiastino-pleural vers l'orifice diaphragmatique, on n'arrive pas à le maintenir dans le ventre, il ressort de suite dans le péricarde. Une seconde tentative de réduction donne le même résultat, la hernie se reproduit même avec violence. J'attire alors dans la plèvre tout ce qui veut venir d'épiploon, et faisant au catgut un nœud de Lawson Tait bien serré à la base, je résèque en bloc l'épiploon de façon à former un gros bouchon du volume de l'orifice, afin d'obtenir plus facilement la réduction définitive.

Le doigt promené dans l'abdomen ne perçoit rien d'anormal, ne ramène pas de sang, il ne vient ni gaz ni matières de la cavité abdominale, il ne semble pas qu'il y ait de lésion de ce côté.

Du côté du péricarde, l'exploration du cœur faite avec le doigt ne permet pas de reconnaître de plaie, et, du reste, il ne vient pas de sang de ce côté.

La plaie du diaphragme est suturée au catgut, et les lèvres de la plaie péricardique sont prises en même temps dans les sutures. Celles-ci sont vraiment difficiles, en raison des mouvements désordonnés du diaphragme et de l'extrême profondeur de la plaie, qui ne permet pas de voir nettement ce qu'on fait. Les sutures sont entièrement faites à bout de doigt. J'emploie pour les exécuter l'artifice suivant : trois doigts de la main gauche sont introduits à plat dans l'orifice diaphragmatique, la face dorsale des doigts vers l'abdomen, la face palmaire soutenant le diaphragme de façon à empêcher toute hernie de l'abdomen dans le thorax pendant les manœuvres, et à fournir en même temps au diaphragme le soutien nécessaire pour obtenir une immobilité relative. Le premier point placé est le plus éloigné, il réunit les deux lèvres de la plaie tout près de son extrémité droite, et rétrécit ainsi un peu cette plaie. Les doigts sont retirés progressivement jusqu'à ce que celle-ci soit complètement suturée. Il est bien évident que cette suture a nécessité l'élargissement de la plaie pleurale, pour permettre de manœuvrer directement au contact du centre phrénique et d'aborder en même temps l'ouverture du péricarde. Après un solide surjet de fort catgut de 4 à 5 points, la plaie diaphragmatique se trouve entièrement fermée et le doigt ne perçoit plus aucun orifice. En somme, le péricarde a été traversé presque au contact du diaphragme, de telle sorte que la fermeture du péritoine, du diaphragme, du feuillet diaphragmatique du péricarde, du feuillet pariéto-pleural du péricarde et de la plèvre médiastine a pu être faite d'un seul coup, l'aiguille (grande aiguille courbe de REVERDIN) embrochant, sur les doigts, tous ces plans à la fois ou successivement.

Beaucoup de souplesse est nécessaire pour une semblable suture, les mouvements du diaphragme sont si violents et si brusques que l'aiguille serait infailliblement brisée si la main qui la dirige ne suivait les mouvements.

Les volets sont alors rabattus, un drain est passé d'avant en arrière de la poitrine et sort en arrière par une contre-ouverture dorsale déclive.

Sutures au crin et griffes.

Beaucoup de sang non coagulé s'écoule par le drain.

Pansement compressif.

Injection immédiate de 500 gr. de sérum, renouvelée l'après-midi par l'interne de garde.

Le soir, vers cinq heures, le pouls est à 104, à six heures et demie, il est à 98. Le blessé a des sueurs abondantes, il a de la dyspnée, une grande pâleur de la face, son état général n'est pas trop mauvais. Nouvelle injection de 500 gr. de sérum. Il y a quelques râles dans la poitrine, on donne une potion à la codéine.

Le 1er septembre, l'état général paraît se maintenir, mais le blessé a toujours des sueurs, une dyspnée très accusée et la pâleur est excessive. Le pouls reste bon, régulier et bien frappé.

Le soir à cinq heures et demie, mort, non précédée de phénomènes notables.

Le 3 septembre, autopsie, malheureusement incomplète pour des raisons indépendantes de notre volonté (famille).

A l'ouverture de la paroi abdominale, on ne trouve pas de liquide dans l'abdomen, pas de péritonite ; une trace ecchymotique sur l'estomac, mais pas de plaie. On retrouve le gros moignon épiploïque sur lequel a porté la ligature, il paraît normal. On voit la plaie diaphragmatique assez exactement affrontée sur toute sa longueur et très suffisamment fermée. Rien ne la traverse ni dans un sens ni dans l'autre. Un caillot sanguin de faible volume est interposé entre la plaie et le foie sans adhérer à celui-ci. Le foie s'est mis en rapport avec la plaie, au moins au moment de l'autopsie ; il n'avait pas ce rapport au moment du coup de couteau, car il n'est pas blessé et on ne l'a pas senti au cours de l'opération. Ce foie est d'une teinte jaune safran absolument particulière, très graisseux et friable.

Du côté du thorax, on trouve un peu d'emphysème dans le médiastin. La plèvre gauche contient du sang, en moins grande quantité qu'au moment de l'opération. Le poumon est moins rétracté sur le hile qu'à ce même moment, mais il est encore très rétracté, le pneumothorax est total. A droite, poumon sain en apparence. Le péricarde contient du sang fluide mêlé à de la sérosité ; il était entièrement fermé par les sutures. Le cœur paraît un peu gros, sa pointe porte une insignifiante ecchymose comme une légère trace d'ongle, sans plaie à ce niveau ni ailleurs. Les plaies sont intéressantes à étudier : c'est par le ventre qu'on voit le mieux la plaie diaphragmatique : celle-ci a largement trois travers de doigt, elle est située à moins de deux travers de doigt de la ligne médiane, suit une direction surtout antéro-postérieure et légèrement de gauche à droite. Elle est à peu près à égale distance de la paroi abdominale antérieure et de la postérieure. Le péricarde est largement ouvert aussi, en bas, en dehors et en avant,

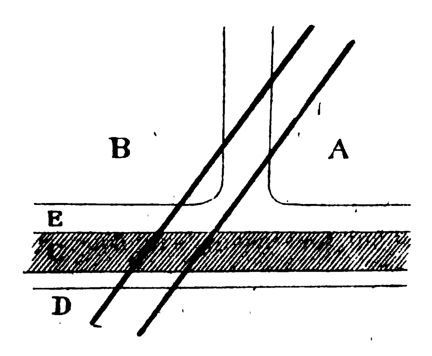


Figure très schématique indiquant les lésions produites par le coup de couteau (intervalle compris entre les deux gros traits noirs obliques).
A. Cavité pleurale ; B. Cavité péricardique ; C. Diaphragme ; D. Péritoine ; E. Tissu cellulaire.

par une plaie de 2 larges travers de doigts qui a atteint la séreuse à l'endroit où le péricarde pariéto-pleural devient péricarde diaphragmatique. La plaie péricardique correspond aux deux tiers internes de la plaie diaphragmatique, mais le diaphragme et le péricarde sont séparés par une couche lâche de tissu cellulaire (où le contenu a creusé un tunnel). La plèvre présente naturellement deux orifices, un pariétal peu examiné et peu intéressant, l'autre péricardo-diaphragmatique en rapport avec les précédents. Il est entouré de franges graisseuses qui ont aidé à la suture. Nous nous attendions bien à trouver le diaphragme fermé et les organes abdominaux libres, indépendants de nos sutures, mais nous avons été un peu surpris d'avoir en même temps fermé d'une façon complète la plaie diaphragmatique, la plaie péricardique et la plaie pleurale profonde.

En somme la plaie du diaphragme, celle du péricarde, celle de la plèvre médiastine étaient fermées, et l'épanchement péricardique, venant du péricarde même et non du cœur, paraît avoir été insuffisant pour occasionner à lui seul la mort, d'autant plus que le pouls est resté bon jusqu'à la fin. Ce blessé aurait pu guérir, il était réparé. Le mécanisme de sa mort apparaît complexe, le pneumothorax était absolument total à gauche et mal supporté, les lésions du foie (et sans doute d'autres lésions restées

inaperçues) d'origine alcoolique probable ont vraisemblablement facilité le dénouement fatal.

Je n'insisterai pas davantage sur cette observation rapportée un peu longuement, je dirai seulement combien j'ai été frappé de la puissance du diaphragme et de la solidité toute particulière de ce muscle. Il faut, quand il se contracte, opposer des efforts énergiques pour empêcher l'issue des organes abdominaux par l'orifice accidentel qu'il présente, sous peine de voir ceux ci expulsés violemment, et cela permet de comprendre le fait rapporté l'an dernier par M. Lambret qui, dans une plaie du diaphragme, ne pouvait maintenir l'estomac réduit dans l'abdomen.

Non seulement les mouvements du muscle sont étendus et puissants, mais le muscle lui-même présente une résistance considérable qui permet de saisir les lèvres de ses déchirures avec des pinces puissantes, telles que les grandes pinces de Museux, et d'exercer des tractions énergiques sans crainte de produire des déchirures. Ces tractions énergiques du diaphragme sur un point limité ne gênent en rien le jeu de la respiration et facilitent singulièrement les sutures.

Chorée de Bergeron guérie par suggestion

par le Dr **Ingelrans**, chef de clinique médicale

« Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour admettre que le qualificatif de maladie de Bergeron répond à un état clinique bien caractérisé, au moins dans les cas types ; mais, par un retour singulier, au moment où l'affection semble être bien connue, la plupart des auteurs demandent sa suppression, au moins en tant que maladie distincte, et son rattachement à l'hystérie ». Ainsi s'exprimait, en 1898, M. Bézy dans son article du *Traité des maladies de l'enfance*. Depuis lors, la tendance qu'il signale n'a fait que s'accentuer et la toute récente classification de Fischer (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mai 1903) envisage cette affection comme une forme hystérique de myoclonie.

Je viens de voir disparaître sous l'influence de la suggestion thérapeutique, une chorée de Bergeron datant de cinq années et dont la symptomatologie était des plus nettement tranchées. L'hystérie y était seule en cause, l'événement l'a prouvé. Voici ce cas avec quelques réflexions à son sujet :

La petite Madeleine V..., âgée de quatorze ans, est entrée en mai 1903, à l'hôpital de la Charité de Lille, dans le service de M. le professeur Combemale. Sa mère l'a envoyée pour une danse de Saint-Guy qui dure depuis tantôt cinq ans.

Le père de cette fillette est un alcoolique renforcé. Il boit également et, depuis de longues années, du genièvre, de l'absinthe et de la bière. Il est âgé de 49 ans et a, en quelques années de mariage, dilapidé entièrement la somme importante que lui avait apportée sa femme. Puis, il l'a abandonnée depuis environ quatre ans. Celle-ci, qui a 42 ans, paraît très bien portante. Elle a été réglée à douze ans et a eu huit enfants dont les sept premiers sont morts : c'étaient des garçons. Le premier est mort à deux ans d'une broncho-pneumonie, le second à un an d'une méningite, le troisième à un mois d'une bronchite, le quatrième à trois mois, le cinquième a eu le croup à trois ans, le sixième a été enlevé à trois ans par une méningite, le septième est mort d'une pleurésie à quatre ans. La huitième est notre malade, elle est née trois ans après le dernier garçon. Un de ses oncles a eu une maladie de nerfs (?) dans sa jeunesse.

Cette enfant, nourrie au sein, a marché à un an, a toujours eu une bonne santé et présente une intelligence développée.

A l'âge de neuf ans, elle a vu son père rentrer ivre chez lui, battre sa mère et pousser des cris furieux. Quelques jours après la grande frayeur qu'elle en éprouva, elle se mit à faire des grimaces et des mouvements convulsifs involontaires prédominants du côté gauche du corps. Traitée à cette date par le bromure de potassium et les douches, elle se calme un peu. Deux ans après le début, elle a séjourné à l'hôpital, en est sortie améliorée : puis, après quinze jours, les secousses ont repris de plus belle. Jamais, depuis le début, les spasmes n'ont cessé, sauf pendant le sommeil. La nuit, la malade est souvent agitée et a des cauchemars.

C'est une enfant très timide, mais d'air intelligent et éveillé. Elle ne reste pas un instant en place : perpétuellement, ce sont des secousses électriques bilatérales généralisées, mais très prédominantes à droite. La tête est vivement rejetée en arrière, avec une rapidité extrême : les paupières battent à plusieurs reprises, l'épaule est soulevée par un spasme de la durée d'un éclair. Le genou se plie légèrement avec la même vivacité. Plus on dit à l'enfant de chercher à se tenir tranquille, plus l'intensité de la secousse augmente. Cela est tout à fait manifeste. Rien ne ressemble moins à la chorée de Sydenham et à ses mouvements arrondis et arythmiques que ces chocs brefs, rythmiques et saccadés qui arrivent toutes les cinq secondes, tantôt en un point, tantôt en un autre. On a vu que la tête est rejetée en arrière : les membres changent aussi de position, mais assez légèrement toutefois pour ne pas empêcher l'enfant de tenir sa cuiller, par exemple. Néanmoins, elle mange avec brusquerie et en s'efforçant de résister aux secousses qui la gênent, bien qu'elle n'y arrive nullement. La marche est assez spasmodique du fait de ces secousses : pourtant il n'existe pas trace de rigidité, ni de contracture. Le clonus du pied est absent : pas de signe de Babinski, mais un réflexe patellaire visiblement exagéré des deux côtés. La sensibilité cutanée à la piqûre est augmentée sur tout le côté gauche du corps. Les organes des sens sont normaux, les couleurs sont bien perçues, le champ visuel n'est pas rétréci, les réflexes cornéen et pharyngien existent. Aucune zone d'anesthésie. Pas d'attaques convulsives, ni d'incontinence d'urine. Urines normales. Aucune affection viscérale. Développement général moyen : la puberté n'est pas encore arrivée. Cette enfant, à qui on avait voulu faire coudre à la machine, a dû y renoncer, à cause de la chorée qui l'en empêche absolument.

L'hérédité chargée de la malade, l'alcoolisme du père, le début brusque à la suite d'une frayeur, l'absence d'infection antécédente, le caractère électrique des secousses, me font poser le diagnostic de chorée de Bergeron. L'hystérie étant souvent monosymptomatique chez l'enfant (et ici j'ai signalé d'ailleurs une hémihyperesthésie cutanée), je mets en œuvre un traitement suggestif suffisamment intense pour être actif du premier coup. Le 20 mai, je dis à cette fillette qu'on la guérira le lendemain et qu'elle doit

rester à la diète jusqu'à la visite. Le 21 mai, je lui fais inhaler du chloroforme jusqu'à résolution : c'est l'affaire de quelques bouffées. Je l'avais d'ailleurs prévenue qu'elle serait absolument et radicalement guérie. Au réveil, qui se produit en quelques instants, la chorée reparaît légèrement. L'enfant, encore étourdie, ne s'en aperçoit pas. Je lui annonce qu'elle n'a plus rien. Quand je la revois après une demi heure, elle est d'une immobilité parfaite qui dure depuis lors. Il y avait cinq ans qu'elle était choréïque : en dix minutes, la guérison était absolue. Cela suffit à juger la nature d'une maladie nerveuse. Cette chorée de BERGERON traduisait une hystérie jusqu'alors méconnue.

Mais l'observation qui précède se rapporte t-elle vraiment à la maladie de BERGERON? Telle est la question qui se pose. Rappelons ici les signes ordinaires de cette forme de myoclonie.

C'est d'habitude un enfant de 6 à 14 ans qui a des secousses musculaires, rapides, tout à fait semblables à un choc électrique instantané. Ces secousses, semblables toujours à elles-mêmes, se reproduisent, avec une fréquence variable, malgré la volonté du sujet : elles augmentent même quand il veut les empêcher. Le plus ordinairement elles atteignent les muscles qui meuvent la tête ou les bras : l'enfant hausse les épaules, porte la tête vivement en arrière, etc. Ailleurs, les membres, d'un seul côté ou des deux côtés à la fois, s'agiteront avec une rapidité extrême. Tout cela est rythmique et instantané, sans fièvre, ni troubles intellectuels, ni paralysies, ni contractures. Le début de cette chorée électrique est, dans la règle, brusque, consécutif souvent à une peur ou à une émotion. Elle ne tend guère à une guérison naturelle, car deux malades de CADET DE GASSICOURT étaient atteints depuis deux ans. La nôtre était dans cet état depuis cinq ans, sans que l'intensité parût aucunement en diminuer. On voit que, par la forme et l'étiologie de ses secousses, elle reproduisait trait pour trait la description clinique de la chorée de BERGERON. Cette maladie guérit presque infailliblement par l'emploi de l'émétique à dose vomitive.

Toutefois, cette myoclonie avoisinant de près d'autres états convulsifs, on doit en faire ici un diagnostic différentiel.

La chorée de SYDENHAM s'élimine facilement. C'est une maladie avec symptômes généraux et complications (fièvre, arthropathies, lésions cardiaques). Sa durée n'excède pas six moins au grand maximum. Mais surtout la chorée vraie est arythmique et les mouvements n'y ont en aucune manière le caractère de brusquerie qui marque les chorées électriques et qu'on voyait au plus haut point chez notre petite malade.

La chorée chronique d'HUNTINGTON est presque constamment héréditaire et tout à fait exceptionnelle avant vingt ans. Elle est d'ailleurs aussi arythmique que la chorée de SYDENHAM.

La chorée variable des dégénérés peut limiter ses convulsions au point de rappeler certaines myoclonies partielles, mais elle change à l'infini la qualité de ses secousses musculaires. D'autre part, elle est accompagnée de troubles psychiques et présente avec la maladie des tics de grandes analogies. C'est une chorée qui augmente et diminue alternativement, cesse tout d'un coup, réapparaît un jour et disparaît de nouveau. Le début en a lieu vers la puberté. Les mouvements ont de grandes analogies avec les actes automatiques les plus simples : un pas en avant, un haussement d'épaules, etc. La volonté exerce sur ces mouvements une influence inhibitrice incontestable, mais la dégénérescence mentale qui fait le fond de cette chorée polymorphe persiste ou va en s'aggravant suivant les circonstances. Rien de tel dans la présente observation.

Ce n'est pas non plus la chorée arythmique hystérique, puisque les mouvements involontaires affectaient au contraire une répétition quasi-constante et régulière. La maladie des tics convulsifs ne peut davantage être incriminée. D'abord JANOWICZ (1) dit qu'elle ne se voit pas chez les enfants. Mais elle est remplacée chez eux par ce qu'il appelle le tic convulsif des enfants, tic simple, sans troubles psychiques. Or, dans ce cas même, les secousses sont influencées par la volonté qui les arrête plus ou moins, alors que dans la maladie de BERGERON la volonté n'exerce pas la moindre influence sur les spasmes rythmiques. D'un autre côté, les mouvements des tiqueurs ont un caractère pseudo-intentionnel, reproduisant quelque geste de la vie ordinaire. C'en est assez pour éliminer ici la maladie des tics, car les différences cliniques sont évidentes et tranchées.

Restent alors toutes les variétés de myoclonies. On doit rejeter d'emblée les myoclonies épileptiques, dont fait partie la chorée d'UNVERRICHT, parce que dans ces formes on a le plus souvent des attaques comitiales, des pertes de connaissance passagères et un retard marqué du développement intellectuel.

La chorée de DUBINI serait mieux dénommée maladie de DUBINI, car elle évolue avec accompagnement de douleurs, d'hyperesthésie, de fièvre, d'albuminurie et mène à la mort neuf fois sur dix. C'est une infection et sa place est certainement ailleurs que dans le groupe des chorées électriques.

La chorée de MORVAN est fibrillaire, sans déplacement des segments de membres intéressés. La fillette que nous étudions offrait de notables déplacements et, de ce chef, on n'a pas à soulever l'hypothèse de chorée de MORVAN. Mais n'était-ce point la polyclonie d'HÉNOCH? Un grand nombre d'auteurs identifient, en effet, cette dernière avec la chorée de BERGERON. C'est dire qu'elle lui ressemble beaucoup. Pourtant, on peut penser, avec MASSALONGO

(1) JANOWICZ. *Tic convulsif des enfants, paramyoclonus multiplex et chorée électrique.* Thèse de Paris, 1891.

(*Riforma medica*, 1892) que la chorée d'Hénoch est une myoclonie essentielle, nullement hystérique, absolument semblable à la maladie de Bergeron, sauf la différence capitale qu'elle est *très difficile à guérir*, et ce point la distingue hautement de la présente observation.

Le paramyoclonus multiplex ne se confond-il point avec ce que j'ai observé chez l'enfant dont je parle ici ? Je ne le pense pas, car dans le paramyoclonus, les secousses sont beaucoup moins violentes que dans la chorée de Bergeron (Dejerine). Le paramyoclonus de Friedreich se développe presque toujours chez l'adulte (Fischer). La volonté peut inhiber les contractions qu'il amène. Il a, en outre, souvent tendance à progresser et non à guérir. L'hystérie peut le simuler, mais le vrai paramyoclonus ne guérit point par suggestion (1). Le tableau clinique diffère donc essentiellement des signes fournis par ma petite malade.

La chorée rythmique hystérique reproduit des mouvements coordonnés de la vie ordinaire, mouvement de danse, de salutation, mouvement du petit bassin, etc. Rien de tel pour ce qui est de notre sujet.

Par exclusion, on est donc obligatoirement mené au diagnostic de chorée électrique de Bergeron. Eh bien, en ce qui concerne cette affection, sa nature hystérique devient de plus en plus probable, du fait de sa guérison constante et de l'influence toute puissante du tartre stibié que Bergeron administrait à la dose de cinq centigrammes. Reidar (2) a obtenu une guérison complète, en un mois, chez une fillette de 12 ans, par l'emploi du salicylate de physostigmine, à la dose d'un milligramme, en injections hypodermiques. Evidemment, c'est de la suggestion, et, bien que Joffroy assigne à la chorée de Bergeron une origine gastrique, qu'il la regarde comme équivalente aux manifestations d'un système nerveux altéré par des toxines stomacales et comme curable par un traitement dirigé contre cette cause, on ne peut se défendre d'y apercevoir l'hystérie. C'est guidé par cette conception que j'ai donné du chloroforme à ma malade, lui suggérant ainsi une guérison obligée et aboutissant de la sorte à un résultat quasi-certain d'avance.

En 1884, G. Sée (*Semaine médicale*) avait bien vu que la maladie de Bergeron n'est autre chose qu'une manifestation hystérique « Un enfant, dit-il, guérit en vingt minutes par l'électricité, l'autre par le tartre stibié. On ne voit rien de pareil dans la chorée ». Les récentes observations de Variot (3), de Bernard (4), de Pitres (5), de Bruns (6), appuient cette opinion. Bruns signale une fillette de neuf ans qui, depuis quatre mois, avait des secousses en éclairs dans l'épaule et la nuque. Ces contractions augmentaient quand l'enfant y prêtait attention. La guérison fut obtenue par la galvanisation de la nuque et l'emploi des douches froides. Ici, comme dans notre observation, c'est tout à fait les caractères cliniques de l'hystérie : les secousses s'exagèrent quand le malade cherche à les empêcher, tandis que le paramyoclonus, les tics, les chorées électriques vraies se calment un instant quand le sujet le veut.

L'observation clinique et l'emploi de la suggestion mentale montrent, en résumé, qu'à côté des myoclonies essentielles (chorées de Morvan, d'Hénoch, de Friedreich) qui guérissent difficilement et récidivent ordinairement, il est une myoclonie, dite de Bergeron, qui, lorsqu'elle a ses signes vraiment classiques, dépend toujours de l'hystérie. C'est, comme on l'a dit, l'hystérie simulant la chorée d'Hénoch. Ce n'est pas à dire que l'hystérie ne puisse simuler les autres myoclonies vraies. Le fait n'est même pas rare, ce qui a amené de multiples confusions ; mais la maladie de Bergeron est toute entière créée par l'hystérie, conclusion capitale au point de vue thérapeutique, car la suggestion la guérit à coup sûr.

(1) Combemale et Ingelrans. — Nature du paramyoclonus de Friedreich. *Congrès de Toulouse*, avril 1902, tome II. p. 520.
(2) Reidar. Gording Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 1902, n° 6, p. 640.
(3) Variot. Un cas de chorée électrique (variété du tic curable juvénile), *Gazette des hôpitaux*, 1901, p. 1401.
(4) Bernard. Myoclonie du type Bergeron chez un dégénéré hystérique. *Iconographie de la Salpetrière*, 1901, p. 316.
(5) Pitres. Chorée de Bergeron guérie par la gymnastique respiratoire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901, p. 106.
(6) Bruns. Sur la chorée électrique, *Berl. kl. Woch.*, 1902, n° 51.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Juin 1903

Présidence de M. Surmont, vice-président

Hémorrhagies précoces et avortement dans un cas de grossesse gémellaire avec insertion vicieuse du placenta.

M. **Oui** présente des pièces anatomiques se rapportant à ce cas. (*Sera publié in-extenso*).

Hygiène industrielle. — Les ateliers de gazage

MM. **Surmont** et **E. Gérard** font, sous ce titre, une communication qui sera publiée.

Cholécystostomie pour lithiase biliaire

M. **Lambret** relate une observation sous ce titre. (*Sera publié*).

M. **Surmont** est surpris qu'il y ait eu écoulement de bile à l'ouverture de la vésicule dans l'observation que signale M. Lambret, puisque les fèces étaient encore colorées. Que cet écoulement ait lieu les jours qui suivent l'opération, cela s'explique, mais on ne comprend guère l'issue immédiate d'une notable quantité de bile puisque le cholédoque avait encore une certaine perméabilité.

M. **Le Fort** dit que cet écoulement immédiat est la règle quand le canal cystique n'est pas obstrué.

M. **Carlier**, dans un cas de lithiase, a ouvert la vésicule et n'a eu aucun écoulement de bile, ni immédiat, ni retardé. Le cystique était oblitéré par un calcul.

M. **Surmont** n'est pas certain qu'il faille un calcul dans

le canal cystique pour empêcher l'écoulement immédiat de la bile lors des cholécystostomies.

Calcul appendiculaire

M. **Le Fort** présente un calcul de l'appendice éliminé spontanément six semaines après intervention pour appendicite suppurée.

Insertion vélamenteuse du cordon

M. **Oui** montre un placenta siégeant vers le fond de l'utérus avec un cordon à insertion vélamenteuse. Cette insertion peut présenter des dangers lors de l'accouchement, car une hémorrhagie mortelle peut survenir, à la suite de la rupture des vaisseaux des membranes. Le fait n'a pu avoir lieu ici, mais le cordon pouvait se rompre lors de la délivrance, d'autant qu'on y a pratiqué des tractions dangereuses. Mais il a bien résisté : en effet les vaisseaux sont très volumineux. On n'a pas vu cette insertion vélamenteuse, à cause de la production d'un volumineux caillot. La pièce dont il est question est tout à fait caractéristique comme insertion vélamenteuse du cordon ombilical.

Utérus cloisonné. — Grossesse dans une des cornes Rupture et mort.

M. **de Chabert**.— Le 11 mai, dans la soirée, une malade entre d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur où on l'admet dans le service de M. le professeur Folet. Cette femme, Amélie M.., âgée de 23 ans, habitant Marquette, nous raconte qu'elle a fait il y a huit jours environ une perte de trois à quatre mois, et que depuis lors elle souffre beaucoup du ventre.

L'état général est assez mauvais, la malade paraît profondément infectée, les yeux caves, les dents et les lèvres couvertes de fuliginosités. Température 41°4. Pouls dépassant 120. Le ventre est gros et très douloureux. On perçoit nettement à la palpation une tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, atteignant le niveau de l'ombilic.

Après injection chaude la malade est laissée au repos et le lendemain matin, après anesthésie chloroformique et toilette, on l'examine de plus près. L'exploration pratiquée par M. Le Fort, chef de clinique, permet de sentir les cavités, l'une régulière paraissant être l'utérus, l'autre plus anfractueuse qui peut être soit une corne utérine vide (c'était le diagnostic de M. Le Fort) soit une perforation accidentelle par manœuvres abortives.

Disons de suite que cette femme était mariée, mère de trois enfants et qu'elle assurait énergiquement n'avoir été l'objet d'aucune manœuvre pour entraver sa grossesse.

Après curettage rigoureux, injection intra-utérine et pansement endo-utérin à la gaze iodoformée, la malade est reportée dans la salle d'isolement.

La température, qui était le matin de 38°4, monte le soir à 38°8. Le pouls reste très rapide.

Le lendemain 13 mai, le thermomètre marque 37°5. Par contre le pouls est très petit, et atteignant 130. L'état général est très mauvais.

Nous retirons le pansement intra-utérin et nous pratiquons une injection intra-utérine de 3 litres de sublimé à 1/4000. La malade accuse une douleur extrêmement vive au début de l'injection et il nous semble que tout le liquide n'est pas sorti. Cependant pas de matité dans les flancs, et d'autre part nous n'avons exercé aucune pression avec la sonde. Il n'y a eu aucun écoulement sanguin.

La malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être pratiquée par nous que quatre jours plus tard, pour les raisons d'ordre médico-légal que M. le professeur Folet nous a exposées lui-même dans la dernière séance.

On constate tout d'abord de la péritonite purulente avec des fausses membranes tapissant le péritoine, les anses intestinales et les annexes. En arrière dans le Douglas un morceau de placenta assez volumineux flottant dans le pus

L'utérus se présente sous la forme d'une grosse masse aplatie dans le sens antéro-postérieur, légèrement bilobée, et portant à son sommet une vaste perforation de cinq à six centimètres de diamètre.

A gauche un volumineux kyste de l'ovaire à contenu colloïde, qui constituait presque à lui seul la tumeur abdominale perçue à la palpation lors de l'entrée de la malade.

En réalité, l'utérus enlevé, est un utérus bicorne. La corne droite est beaucoup plus développée que la gauche, par suite de la grossesse qui s'y est produite. La corne gauche, peu visible extérieurement, possède une cavité beaucoup plus petite séparée de la première par une cloison du muscle utérin se poursuivant jusqu'à l'orifice interne du col. La fusion des deux canaux de Müller ne s'est fait qu'à ce niveau et il n'y a qu'un seul col.

L'ovaire droit était sclérokystique. Le gauche remplacé par le kyste dont nous avons parlé plus haut.

M. **Oui** dit qu'il s'agit d'un utérus cloisonné, et non d'un utérus bicorne. Le fait le plus curieux, c'est la perforation qui est très étendue. Elle a dû dépendre d'une plaque de sphacèle au niveau de l'insertion du placenta, plaque qui a cédé sous un très minime effort. La sonde n'aurait pu produire une aussi large ouverture : c'est la paroi utérine qui était prête à céder en ce point.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Guide populaire d'hygiène; manuel de la santé, publié par l'office sanitaire de l'empire allemand, traduit d'après la neuvième édition allemande, par le docteur J. Cryns, de Verviers, deuxième édition française corrigée et augmentée, Bruxelles, *Manceaux*, 1903.

L'*Écho médical du Nord* a déjà présenté à ses lecteurs la première édition de ce volume d'hygiène particulière-

ment documenté et utile. Une seconde édition paraît à dix-huit mois de distance, qui montre le bon accueil qui a été fait à l'idée de faire connaître aux pays de langue française, un volume essentiel et composé avec toutes les garanties de savoir désirables. L'idée qu'émettait le professeur SURMONT, de voir le Comité consultatif d'hygiène publique de France, prendre l'initiative d'un guide populaire analogue, se présente avec insistance à l'esprit devant le succès obtenu par le similaire allemand. Fait au point de vue français, sans ces oublis volontaires des personnalités françaises, qui ont cependant contribué autant que les Allemands, à créer la science de l'hygiène, un pareil volume aurait un succès de librairie et un mérite de vulgarisation faciles à prévoir. Dr F. C.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Origine hémorrhoïdaire de la tuberculose cérébrale

Nous avons trouvé dans un ouvrage très répandu dans le public profane, cette théorie assurément originale et que nos lecteurs nous sauront gré de leur communiquer. C'est extrait de la « Nouvelle Science de guérir », basée sur le principe de l'Unité de toutes les maladies, par Louis KUHNE. Leipzick, 1893, 532 pages in-12°, 6e édition.

Ces symptômes sont fréquemment accompagnés d'affections hémorrhoïdales et de formation de nœuds hémorrhoïdaux et surtout de formation de nœuds dans le bas-ventre. Nous trouvons même souvent aujourd'hui ces symptômes chez les enfants.

Nous observons ensuite que les nœuds hémorrhoïdaux et autres nœuds du bas-ventre disparaissent parfois subitement et que les malades ont tout à coup des maux de tête. L'observateur attentif trouvera toujours alors des altérations tout à fait déterminées de la tête, car les nœuds autrefois dans le ventre se sont transportés dans la tête où ils se montrent beaucoup plus petits, mais plus durs et même sensibles et visibles chez beaucoup de malades, surtout des deux côtés de la partie postérieure de la tête.

Quand le corps ne réussit pas à conduire ces nœuds vers la tête, nous les trouvons déposés sur le chemin de la tête, c'est-à-dire au cou, aux bras et sur la poitrine.

Il ne faut pas croire que cela se passe comme si le nœud gardait sa forme ronde et solide en quittant le ventre ; il n'en est nullement ainsi. *Le nœud se transforme en gaz pour mieux atteindre son but.* Sous cette forme gazeuse, il peut, conformément aux lois de la fermentation du corps, remonter à la tête sans être notablement arrêté par les organes internes. Mais dès que les nœuds se sont rassemblés dans la tête, c'est l'état appelé *tuberculose du cerveau* par la médecine de l'école, car si l'on ne trouvait auparavant que des nœuds hémorrhoïdaux ou d'autres nœuds fort répandus dans l'aine, on trouve maintenant dans le cerveau les *véritables nœuds tuberculeux*.

Notez bien que ce livre qui regorge d'aperçus aussi neufs et originaux en était, en 1893, à sa 6e édition, qu'il est traduit dans plusieurs langues et qu'il sort du pays où l'on respecte le plus les sciences officiellement enseignées.

On ne doit pas s'étonner dans ces conditions de rencontrer dans le public chaque jour sur la physiologie et la pathologie humaine les opinions absurdes et biscornues que nous entendons émettre tous les jours, lorsque des élucubrations de cette force rencontrent dans les classes dites cultivées dont elles constituent souvent l'unique bagage scientifique, une vogue parfois supérieure à celle des romans les plus à la mode.

(*La Policlinique*). H. K.

Alimentation maximum

Un concours de mangeurs de bifteck a eu lieu récemment à New-York, et, à la grande surprise des assistants, le champion PATRICK DIWER a été battu par son rival Charles OBRAM, qui, en quelques minutes, a dévoré 3 kilogrammes 1/2. M. DIWER « n'était pas en forme ». Au concours précédent, qui lui avait valu le premier prix, il a consommé 7 kilogrammes de bœuf. Les champions de la gourmandise, en Amérique, se spécialisent. A l'heure qu'il est, on a reconnu les championnats suivants : Pour les huîtres, M. Frédéric MACKEY, qui, en en neuf minutes, avait avalé cent de ces mollusques ; pour les pommes, M. Charles HANING WESTWOOD, qui a croqué tout un baril dans l'espace d'une semaine ; pour les abricots, M. FINCK, qui en a mangé quatre-vingt-dix en sept minutes, et, pour les œufs, M. FRANZ FRÉDÉRICK, qui en a consommé cinquante dans l'espace d'une heure.

(*Gazette médicale de Paris*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La troisième réunion de 1903 de l'**Association de la Presse médicale française** a eu lieu le 5 juin 1903, au restaurant Marguery. Une vingtaine de membres y assistaient, sous la présidence de M. le docteur Albert ROBIN, syndic.

DÉCÈS DU PRÉSIDENT. — L'Association a décidé, après que M. ROBIN eut salué la mémoire de notre très regretté syndic-président, d'adresser une lettre de condoléance à Madame Laborde.

NOMINATIONS. — M. le docteur BUTTE a été nommé membre titulaire, comme rédacteur en chef des *Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique*.

CANDIDATURES. — Sont chargés de rapports sur les candidatures de M. le docteur F. BAUDOUIN (de Tours) [*Annales médico-chirurgicales du Centre*] et de M. le docteur GRANJUX (de Paris) [*Le Caducée*], MM. les docteurs LÉVY et CABANÈS.

RÈGLEMENT INTÉRIEUR. — Après discussion, l'article suivant du règlement intérieur a été voté :

Toute candidature nouvelle, se produisant avec un échec, ne pourra être acceptée qu'un an après le premier vote. — On ne pourra plus faire acte de candidature quand on aura été candidat deux fois de suite pour le même journal.

Association internationale de la presse médicale. — M. le docteur Blondel, secrétaire général de l'*Association internationale de la Presse médicale*, a rendu compte de ce qui s'est passé à Madrid au mois d'avril dernier. — Il a annoncé que cette Association était définitivement fondée et engagé nos collègues à y adhérer personnellement. — Trois Français représentent notre Association dans le Comité international : MM. Cornil, ancien président ; M. A. Robin, syndic ; et M. Blondel.

UNIVERSITÉ DE LILLE

A l'occasion de la **Fête communale de Lille**, les cours, conférences et travaux pratiques vaqueront, dans les Facultés, le lundi 22 juin courant.

Soutenances de Thèses

M. P.-A.-J. Desrousseaux, de Croix (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 20 juin 1903, sa thèse de doctorat (6e série n° 137), intitulée : **Tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes thoraciques.**

Notre Carnet

Le docteur Paul Boulogne, de Valenciennes, nous fait part de la naissance de sa fille Sylviane. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Louis Guerlain, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Decourtreux, de Méricourt (Pas-de-Calais). Nous adressons à la famille de ces distingués confrères l'expression de nos bien vives condoleances.

OUVRAGES REÇUS

— **De la nécessité et des moyens pratiques de contrôle des désinfections publiques**, par le docteur Calmette, extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1903.

— **Sur l'absorption de l'antitoxine tétanique par les plaies; action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies tétanigènes**, par le docteur A. Calmette, Extrait des *C.-R. de l'Académie des Sciences*, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

24e Semaine, du 6 au 13 Juin 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	3
3 mois à un an	2	6
1 an à 2 ans	2	1
2 à 5 ans	1	4
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	7	10
40 à 60 ans	8	6
60 à 80 ans	8	3
80 ans et au-dessus	3	2
Total	37	37

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phtisie pulmonaire	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	7	7	2	»	»	»	2	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	12	8	3	»	»	»	»	»	2	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	13	11	3	»	1	»	»	»	1	»	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Wazemmes, 36,782 hab.	19	11	2	»	1	»	»	»	1	»	»	4	1	1	»	»	»	»	»	»	1	»
Vauban, 20,381 hab.	12	9	4	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	6	9	2	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	»	»
Esquermes, 11,381 hab.	9	6	3	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	6	2	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	10	5	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Canteleu, 2,836 hab.	4	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	4	3	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Total	102	74	22	»	»	»	2	1	17	»	»	12	3	3	4	»	»	»	»	»	7	1

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

ptième Année. N° 26 Le Numéro : 10 centimes 28 Juin 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis oculaire

par le professeur **F. de Lapersonne**

Leçon faite à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris, recueillie par le docteur **Castelain,** moniteur à la clinique.

Messieurs,

Je voudrais étudier, en cette leçon plusieurs cas de syphilis du segment antérieur de l'œil, observés dans le service, et vous montrer quelques points importants du diagnostic, du pronostic et du traitement de ces manifestations.

Parmi les malades atteints de chancre de la paupière, je puis vous rappeler l'histoire de ce robuste forgeron de vingt-cinq ans, qui avait reçu un éclat de fer dans l'œil. Un camarade d'atelier avait enlevé ce corps étranger avec une feuille de papier à cigarette humectée de salive ; six semaines après se développait un chancre à la face interne de la paupière supérieure. Les ganglions rétromaxillaires étaient très volumineux, il y avait une réaction ganglionnaire intense comme on l'observe toujours dans les chancres céphaliques. On constatait du même côté une dacryoadénite non suppurée, qui a disparu chez ce malade deux mois et demi après l'accident primitif. — Sauf quelques douleurs de tête, l'état général a toujours été excellent.

L'autre malade, au contraire, est un garçon de vingt ans, au teint pâle, à la figure bouffie, présentant le type du scrofulo-tuberculeux. Il est venu à la consultation avec une large ulcération sphacélée au niveau de la paupière inférieure droite. Cette ulcération était recouverte de croûtes noirâtres et était le siège d'une sécrétion assez abondante. On constatait un gonflement de la joue du même côté et une traînée lymphangitique aboutissant à une masse ganglionnaire sous-maxillaire, qui du reste était peu douloureuse. Il existait du côté gauche une ulcération profonde occupant la conjonctive et la sclérotique, mais qui n'intéressait la cornée que dans une très petite portion en bas.

L'aspect des lésions, la marche de l'affection et l'état général du sujet nous avaient fait porter dès le début un pronostic sérieux. Le malade est, en effet, resté trois mois et demi dans le service : la cicatrisation de l'accident primitif a été très lente ; le chancre en se réparant a détruit une partie de la paupière. Du côté gauche l'infiltration a envahi toute la cornée, offrant l'aspect d'une kératite interstitielle d'Hutchinson. En

présentant ce malade à la Société de dermatologie, je faisais remarquer que si on doit accepter l'existence de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, on pourrait peut-être ranger ce cas dans cette variété. Mais il est de toute évidence que la kératite a été consécutive à un trouble trophique de tout le segment antérieur de l'œil. Malgré un traitement énergique (injections intra-veineuses de cyanure), à côté de ces lésions oculaires, le malade a présenté à la face de très larges syphilides ulcéreuses qui ont laissé des cicatrices profondes. A sa sortie de l'hôpital les lésions oculaires étaient guéries, mais l'état général était mauvais, la fièvre que l'on constatait souvent le soir chez ce sujet faisait craindre le développement d'une tuberculose viscérale.

Chez le premier malade l'état général était donc resté excellent; le second, au contraire, scrofulo-tuberculeux, a présenté des phénomènes locaux et généraux graves.

Le troisième malade est un homme de 56 ans qui a eu son accident primitif il y a quatre ans. Il s'est présenté à la consultation avec des syphilides ulcéreuses des paupières du côté droit. Ces ulcérations ont abouti par destruction à un véritable colobome de la paupière.

Plus grave encore est le cas de cette femme de 50 ans, venue à la clinique, il y a quelques semaines, avec une éruption de syphilides papulo-squameuses et de l'ecthyma. Dans l'œil gauche on constatait une iridocyclite avec occlusion pupillaire et exsudats dans la chambre antérieure. A droite, il y avait, un peu au-dessous du sac lacrymal, une large ulcération recouverte par une croûte épaisse. On pouvait se demander s'il s'agissait d'un chancre ? Ce diagnostic a été écarté car la lésion ulcéreuse au niveau du sac était postérieure à l'éruption cutanée et à l'iridocyclite de l'œil gauche ; la malade était très affirmative à cet égard. Après de nombreuses applications de cataplasmes de fécule et de pommade au calomel, la croûte étant tombée, on constatait une ulcération à bords taillés à pic, à base indurée ; on faisait sourdre à la partie supérieure de la plaie, par un petit pertuis, une petite quantité de pus ; l'examen bactériologique fait au laboratoire permit d'affirmer la présence du streptocoque. La lésion cutanée que l'on observait du côté droit au niveau du sac était donc en rapport avec une dacryocystite suppurée.

L'état général de cette malade n'était guère satisfaisant ; elle se plaignait de céphalées intenses et de courbatures ; la respiration était haletante. L'examen du liquide céphalo-rachidien permit de constater, comme nous l'avons démontré dans presque tous les cas de syphilis récente de l'œil, de nombreux lymphocytes. Au moment de son entrée, on constatait du côté gauche, au niveau de la mâchoire, des ganglions volumineux. Primitivement mobiles ces ganglions devinrent rapidement douloureux, adhérents aux maxillaires, la température s'éleva rapidement et nous fûmes obligés d'ouvrir une vaste collection purulente ganglionnaire. Le pus contenait des streptocoques.

Je pourrais multiplier les exemples et vous citer l'observation de cette femme de 58 à 60 ans, chez qui on a constaté des phénomènes d'iridocyclite grave. Qu'il me suffise de vous dire encore deux mots sur un malade que j'ai observé pour la première fois il y a dix ans avec une poussée d'iritis peu douloureuse, guérie par le traitement spécifique (frictions et iodure) ; ce malade a présenté plusieurs fois de nouvelles poussées d'iritis, toujours enrayées par le traitement mixte. Il a fait depuis une poussée aiguë de rhumatisme articulaire, et en 1900 il a contracté un chancre infectant : les premières poussées d'iritis n'étaient donc pas d'origine spécifique. Depuis l'accident primitif, les poussées d'iritis sont plus fréquentes et plus graves et il y a quelques semaines il se présentait à la consultation de l'Hôtel-Dieu avec une nouvelle inflammation de l'iris. Vous avez pu constater que la moitié de la chambre antérieure était remplie par une hémorrhagie, qui heureusement s'est résorbée très vite. A l'auscultation on constate chez ce malade des traces anciennes de péricardite. Il y a donc chez lui un mélange de lésions rhumatismales et syphilitiques.

Si j'ai choisi ces exemples, c'est pour me permettre de rechercher avec vous les causes, qui donnent à la syphilis oculaire une modalité spéciale ou lui impriment une gravité plus grande chez certains sujets.

Vous savez que depuis longtemps on admet l'influence réciproque des diathèses et vous connaissez les beaux travaux du professeur Bouchard sur cette question. D'autre part l'étude des infections associées permet d'expliquer la marche irrégulière de certains processus. Appliquant ces données de Pathologie générale aux manifestations oculaires de la syphilis, nous voyons que chez notre malade de 20 ans au faciès



pâle et bouffi, il faut admettre tout de suite la scrofulo-tuberculose, manifestation atténuée de la tuberculose à localisations cutanées et ganglionnaires. Aussi les manifestations principales de son infection syphilitique vont porter sur le bord de la paupière qu'elles vont détruire, sur le segment antérieur de l'œil qui va être gravement compromis, sur les ganglions qui resteront volumineux pendant une durée indéfinie. La scrofulo-tuberculose a donc imprimé aux accidents oculaires de ce malade un aspect spécial. Ricord aurait dit qu'il a un scrofulate de vérole.

Par contre l'infection syphilitique paraît devoir faire éclore chez lui une tuberculose pulmonaire, restée talente. Ces faits sont très connus aujourd'hui et M. Patoir, dans un article de la *Presse médicale*, en a cité des observations intéressantes. Tous nous avons dans nos souvenirs de ces tristes exemples. Un de mes collègues d'internat, qui avait présenté à un moment donné quelques manifestations de tuberculose pulmonaire, allait se marier avec le consentement d'un de ses maîtres qui jugeait son état général excellent. A ce moment le malheureux contracte la syphilis et meurt un an après, enlevé par la tuberculose.

Je puis aussi rappeler l'histoire de ce médecin très distingué, diabétique, qui avait présenté des petits signes de tuberculose pulmonaire. Il contracte dans le service un chancre du doigt et meurt quelques mois après, emporté par des accidents tuberculeux.

De même le rhumatisme imprime un caractère spécial aux manifestations syphilitiques. Cet individu qui avait souffert d'iritis rhumatismales, du jour où il a contracté la syphilis a présenté des poussées d'iritis plus fréquentes et plus graves. C'est ainsi qu'une hémorrhagie de la chambre antérieure est venue compliquer le tableau clinique.

Ce sont encore les infections par des agents pyogènes qui peuvent modifier les manifestations syphilitiques Voyez cette malade chez qui nous constatons dès le début des accidents sérieux du côté du sac lacrymal. Il se développe une infection streptococcique d'une certaine intensité et très vite nous voyons suppurer les ganglions sous-maxillaires.

Une autre cause de gravité plus grande est l'âge avancé des individus : tous les syphiligraphes, et en particulier le professeur Fournier, ont insisté sur ce fait. Si nous en exceptons le premier malade, tous les cas graves que nous vous avons présentés se sont produits chez des individus âgés : âgée la femme à l'infection streptococcique ; âgée aussi la femme à l'iridocyclite ; âgé l'homme aux syphilides ulcéreuses de la paupière.

J'ai cité l'histoire de ce paysan de soixante ans, venu à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Il avait été contaminé par un rasoir et présentait deux chancres au menton ; avant la guérison de l'accident primitif on constatait chez lui une éruption de syphilides secondaires, des pustules d'ecthyma, de l'iritis gommeuse des deux côtés et une gomme de la jambe.

Peut-on dire à partir de quel âge la syphilis oculaire est plus grave ?

Il n'y a pas de règle absolue ; bien entendu, cela dépend de l'état général du sujet. Cependant l'étude des faits cliniques me permet de penser qu'après quarante-cinq ans la syphilis s'accompagne généralement d'accidents oculaires plus graves.

Le siège de l'accident primitif permet-il de porter un pronostic plus sérieux ? Le chancre céphalique et le chancre des paupières particulièrement, sont-ils plus graves que ceux de la zone génitale ? Le siège ne semble pas, comme on l'a cru longtemps, avoir quelque importance dans le pronostic de l'infection.

En revanche, les manifestations oculaires de la syphilis ont une valeur pronostique toujours très grande, la clinique démontre qu'elles sont très souvent suivies de lésions du côté de l'encéphale. Par un examen approfondi, vous retrouverez très souvent chez les malades atteints de paralysie des muscles de l'œil, chez les tabétiques ou les paralytiques généraux, des traces d'anciennes lésions oculaires : synéchies postérieures, dépôts pigmentaires sur la cristalloïde, choriorétinite. Mon collègue Trousseau a publié dans les *Annales d'oculistique* plusieurs observations intéressantes de malades qu'il avait suivis pendant quelques années et chez lesquels la syphilis oculaire avait été suivie de lésions cérébrales.

Pouvons-nous avoir une preuve du retentissement de la syphilis oculaire sur l'encéphale ? L'examen du liquide céphalo-rachidien donne à ce point de vue des indications très précieuses. Dans tous les cas récents de syphilis oculaire, alors que les lésions sont en marche, qu'il s'agisse de lésions du segment antérieur ou des membranes profondes de l'œil, nous avons toujours trouvé une lymphocytose plus ou moins abondante : la réaction méningée serait même plus intense dans les cas de syphilis oculaire chez les

sujets agés. Cet examen a donc une grande importance pour le pronostic de l'affection, ainsi que nous avons cherché à l'établir, dans une communication récente à la Société d'Ophtalmologie.

Puisque les lésions oculaires indiquent une syphilis grave, il faut dès le début instituer un traitement intensif. Mais nous comprenons qu'à l'heure actuelle le jeune médecin doit être très embarrassé en présence de la richesse des moyens thérapeutiques, que lui sont proposé. Sans aucun parti-pris, voici quelques règles qu'il vous sera facile de retenir.

La voie digestive ne doit être employée qu'exceptionnellement : les enfants, par exemple, chez qui les piqûres sont difficiles à faire, supportent facilement une forme spéciale du sirop de Gibert, qui peut être aussi employé comme complément de cure :

Iodure de potassium	15 grammes
Biodure d'hydrargyre	0.10 »
Sirop d'écorces d'oranges amères ou sirop de quinquina	250 grammes

Si les pilules de protoiodure ou les solutions de sublimé ont été abandonnées, c'est que l'absorption de ces médicaments est différente selon des réactions chimiques, dont nous ne sommes par maîtres : la muqueuse stomacale d'un hyperchlorhydrique, par exemple, ne réagira pas sous l'influence du médicament comme celle d'un hypochlorhydrique.

Les *frictions mercurielles* doivent être considérées comme un des moyens efficaces du traitement antispécifique ; il ne faut pas l'abandonner. On a reproché aux frictions d'amener rapidement de la stomatite : cette stomatite prouve l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Il faut surveiller la stomatite et n'ordonner les frictions qu'aux malades dont la dentition a été préalablement soignée. On fera en même temps l'antisepsie de la bouche et le traitement préventif de la stomatite par le chlorate de potasse et une poudre dentifrice.

Pour les frictions, j'ai abandonné le mélange de lanoline et d'onguent que les malades trouvent difficile à employer et je me sers de l'onguent mercuriel double, préparé avec l'axonge fraîche benzoïnée. Ces frictions doivent être faites le soir au lit avec 4 grammes d'onguent napolitain, en boîtes séparées : la friction doit être pratiquée jusqu'à ce que la pommade sèche pour ainsi dire sur la peau. Comment le mercure arrive-t-il dans l'économie ? La question a été longtemps discutée : il est possible que l'absorption se fasse non par la peau, mais par les voies respiratoires.

Les enfants supportent très bien les frictions et ce moyen thérapeutique doit être aussi employé chez les individus pusillanimes qui ne peuvent supporter les piqûres.

En *injections hypodermiques*, on ne peut employer que les sels solubles (sublimé, cyanure, benzoate). Ces injections doivent être faites tous les jours et leur action n'est pas considérable. Elles ne seront pas recommandées dans le traitement de la syphilis oculaire où un traitement énergique s'impose.

La *voie veineuse* est certainement une des plus efficaces : le cyanure en solution aqueuse au centième a donné entre les mains d'Abadie et de Renaud de très bons résultats. Ce traitement ne peut être employé que chez les individus dont les veines de l'avant-bras sont assez apparentes. Aussi les injections intraveineuses sont elles assez difficiles à pratiquer chez les femmes et chez les enfants. D'ailleurs la technique de ces injections est assez délicate ; pour s'assurer que l'aiguille n'est pas dans le tissu cellulaire mais dans la veine, on recommande d'attirer par aspiration quelques gouttes de sang dans l'intérieur de la seringue. On a constaté chez certains malades des indurations et des ecchymoses. Si ce moyen thérapeutique est excellent par son efficacité, c'est un traitement d'exception en raison de sa technique un peu délicate ; quant aux craintes que l'on pourrait avoir pour les embolies, elles ne paraissent pas justifiées.

Les *injections intramusculaires* sont à l'heure actuelle plus fréquemment employées, avec juste raison. Parmi les sels insolubles, le calomel donne d'excellents résultats : très usitée en Italie après Scarenzio, en France, Julien et Balzer, sont de chauds partisans de ce mode de traitement. Ce n'est pas une solution mais une suspension qui se fait plus ou moins bien, et de plus le calomel n'est pas toujours à l'état de pureté : aussi la piqûre est très douloureuse et il reste parfois des indurations. Il en est de même pour l'huile grise qui est employée en injections intramusculaires pratiquées tous les huit jours.

Parmi les sels solubles, le biiodure en solution huileuse a rendu à Panas, à Dieulafoy, de grands services : cette solution contient 4 milligrammes de biiodure par centimètre cube. On a fait de graves reproches à ce mode de traitement ; Brocq et Pflüger ont observé deux fois des eschares à la fesse. La lecture

attentive des observations permet d'affirmer que dans ces cas le traumatisme d'un nerf a occasionné une névrite douloureuse, accompagnée de troubles trophiques et d'eschares. On a parlé aussi de la possibilité de petites embolies se manifestant par des étouffements et de la dyspnée : ces accidents étaient certainement dus à des fautes opératoires. Pour les éviter, il suffit de faire pénétrer l'aiguille dans la fesse et d'observer avant de placer la seringue si une certaine quantité de sang ne vient pas sourdre à l'autre extrémité de l'aiguille.

Le reproche le plus important est peut-être que l'huile biiodurée ne contient qu'une trop petite quantité de mercure en raison de son peu de solubilité. En effet la teneur en mercure de biiodure est très faible ; un gramme de biiodure contient 0 gr.487, de mercure, donc un centimètre cube (Panas) d'huile biiodurée répond à 0 gr. 00174 de mercure.

On a essayé d'augmenter la solubilité et M. Lafay est arrivé, avec de l'huile de ricin ou de l'huilede noix, à faire des préparations contenant 15 milligrammes par centimètre cube, mais ces huiles s'oxydent très facilement. On a fait aussi des solutions aqueuses, en mélangeant le biiodure avec l'iodore de potassium ou de sodium. M. Lévy-Bing, dans une excellente thèse sur les injections intramusculaires, conseillait la préparation suivante :

Biiodure de mercure	0,20 cgr.
Iodure de potassium ou de sodium chimiquement pur	0,20 —
Eau distillée..........................	0,10 cm3

Chaque centimètre cube contient 2 centigrammes de biiodure : ce n'est plus du biiodure mais un sel composé dont nous ne connaissons pas l'efficacité. M. Lévy-Bing, qui est cependant un chaud partisan de cette solution aqueuse, reconnaît d'ailleurs que la solution huileuse est plus énergique.

Récemment je me suis demandé si on ne pouvait pas remplacer le biiodure par le sublimé. Les solutions aqueuses de sublimé ont été abandonnées parce que le sublimé coagule l'albumine : in vitro, en solution aqueuse, il détermine un léger trouble du sérum du lapin, trouble qui disparaît assez rapidement si on agite le mélange. Mais avec la solution huileuse le mélange entre le sublimé et le sérum se fait lentement. Il n'y a pas de coagulation. L'avantage de cette solution c'est d'être plus active puisque le sublimé est soluble en toute proportion et que la teneur en mercure est plus considérable. En effet: 1 gr. sublimé = 0.738 M donc 1 cc. (1 %) = 0 gr. 00738 M

Depuis trois mois nous employons la solution huileuse de sublimé au centième, dans la proportion de 1/2 ou 1 centimètre cube, en injections intra-musculaires, faites 3 fois par semaine, sur un total de plus de 500 piqûres nous n'avons eu aucun accident, sauf dans un cas un peu de diarrhée chez un enfant dès la première piqûre ; l'efficacité dans le traitement de la syphilis oculaire nous a paru très grande.

Choléra saisonnier paraissant dû à un régime végétarien spécial

par le docteur **A. Manouvriez** (de Valenciennes)

Le 30 août 1902, nous étions chargé d'une mission d'épidémie dans un petit village de quelques centaines d'habitants, où venait d'être signalé un décès par choléra.

Une femme de quarante ans avait été prise, le 23 au matin, de vomissements et de diarrhée bilieux, avec mal de tête, courbature et lumbago. Le médecin de la famille, qui, venu pour donner des soins à un des fils atteint d'une affection chronique, l'avait vue par occasion, fut frappé de son mauvais facies ; elle avait déjà de la fièvre : 120 pulsations par minute. La langue était sèche, presque rôtie ; le ventre se ballonnait, et l'hébétude rappelait l'aspect typhoïde. Diète hydrique : eau bouillie et eau de Vichy.

Le 24, les vomissements et la diarrhée s'accentuaient et devenaient incoercibles ; les douleurs dans les lombes et les jambes augmentaient. La malade s'alitait le soir.

Le lendemain, aggravation des symptômes précédents.

Le 26, l'état typhoïde s'accusait davantage. Contracture des membres à la pression ; 140 pulsations. Eau chloroformée et champagne.

Le jour suivant, les vomissements cessèrent et la diarrhée diminua. Benzo-naphtol et caféine.

Le 28 matin, la diarrhée devint rhiziforme; le nez et les extrémités commencèrent à se refroidir. Après-midi, crampes dans les mollets. Lavement de sérum artificiel.

Le 29, le refroidissement augmenta; des marbrures apparurent aux membres, d'abord à gauche, et les ongles devinrent violacés. Hyperesthésie générale. Le pouls ne pouvait plus se compter. Crampes dans les bras. Bientôt, contracture épileptoïde ; aspect marbré de tout le corps, spécialement du côté gauche. Mort à une heure et demie après-midi. Le corps, très rigide, se couvrit immédiatement de taches noires.

Suivant notre confrère, la mort paraissait avoir été causée par le choléra.

Il n'est pas douteux, en effet, qu'il s'agissait là de

choléra, mais simplement de choléra *nostras*, tel qu'il s'en produit presque chaque année sporadiquement à la saison des grandes chaleurs, et que nous avons, par suite, depuis longtemps dénommé choléra *saisonnier*. Les symptômes en sont à peu près identiques à ceux du choléra asiatique, quoique un peu atténués et surtout moins brusques. La contagiosité, infiniment moindre, n'est cependant pas tout à fait niable, elle légitime certaines mesures d'isolement et de désinfection, prescrites dans ce cas par le médecin traitant et par nous.

Pourquoi cette femme a-t-elle été frappée ? Les conditions générales d'hygiène étaient bonnes dans cette famille aisée. Mais, arthritique chronique, en traitement pour un eczéma, cette personne était sous le coup d'une dépression émotive, intense et persistante, à la pensée du prochain départ de son fils aîné pour le service militaire. Son organisme constituait dès lors un milieu moins résistant, à phagocytose amoindrie, favorable au développement du coli-bacille.

D'où le germe a-t-il pu venir ? Certainement pas du puits, donnant de bonne eau, profond de 11 mètres, convenablement établi et cimenté, éloigné des latrines et de la fosse d'aisance bien citernée.

Mais toute la famille reconnaît que cette femme mangeait habituellement, presqu'à chaque repas, une grande quantité de *salade crue*. Les légumes lui avaient été prescrits, dans un *régime végétarien spécial*, par un médecin en renom qu'elle avait été consulter pour son eczéma arthritique.

Or, on le sait, la fumure dite Flamande, ici pratiquée, consiste à déverser les matières fécales directement sur le jardin, au pied même des légumes.

Le terrain vivant était préparé ; la semence pathogène y a été apportée à profusion, en bonne saison, et a germé.

C'est là un mode étiologique curieux, probablement moins rare qu'on ne le croit ; il suffirait peut-être de le chercher pour le trouver plus souvent.

Occlusion intestinale ;
Kyste du pancréas ou péritonite enkystée,

Par les docteurs **F. Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et **Le Fort**, chef de clinique chirurgicale.

Le 23 avril 1903, entrait dans la nuit, à l'hôpital St.-Sauveur, le nommé X..., de Meurchin, âgé de 34 ans, envoyé à l'hôpital pour des accidents d'occlusion datant de trois semaines environ. L'état général du malade est mauvais, il a des vomissements fécaloïdes, répond très difficilement. L'occlusion ne semble pas avoir été complète dès le début, il y a encore eu des gaz il y a quelques jours ; pourtant, le début paraît avoir été brusque et accompagné d'une violente douleur abdominale de siège un peu imprécis. Le ventre est ballonné en haut seulement, les fausses côtes et l'épigastre sont soulevés. la sonorité n'est très marquée nulle part, le gros intestin paraît seul en cause, et à un examen rapide on porte le diagnostic néoplasme probable du côlon transverse, mais, dans le doute, je pratique la laparotomie et non l'anus contre nature. J'apprends plus tard qu'un autre médecin de l'hôpital, qui a examiné le malade une demi-heure avant moi, a porté le même diagnostic.

L'opération est pratiquée avec l'aide de MM. Trampont et Dancourt. Incision médiane haute, passant à gauche de l'ombilic, sur une longueur de 15 centimètres environ. Le péritoine est ouvert en-dessous de l'ombilic, puis sur toute la longueur de l'incision. Les anses intestinales, grêles, peu ballonnées se présentent et sont attirées hors du ventre. La main gauche glissée sous la paroi ramène le cœcum, ni dilaté ni affaissé. comme le reste de l'intestin. Le côlon transverse est dans le même état de demi-plénitude gazeuse. En somme, il ne paraît pas y avoir d'occlusion et pas non plus de péritonite, il n'y a pas de liquide dans le ventre, pas d'exsudats, pas de fausses membranes. Au-dessus du côlon transverse, dans la partie supérieure de l'abdomen où on avait pu constater une voussure, il y a évidemment quelque chose. L'épiploon gastro-colique est visible en bas, sur une longueur de 3 ou 4 centimètres, mais dans sa partie supérieure, il disparaît, fusionné avec les organes plus haut situés, sans qu'il soit possible de reconnaître foie, estomac, le tout ayant un aspect gris rosé et, en outre, contractant avec la paroi des adhérences telles qu'il y a véritable fusion au niveau de l'épigastre et sous les fausses côtes. A droite, au-dessus du côlon, des vaisseaux énormes, surtout veineux, serpentent dans le feuillet péritonéal et dans les adhérences ; on y sent des battements artériels violents. Je cherche à décoller un peu, et il m'est impossible de trouver, soit à la vue, soit au palper, l'estomac ou le foie. Je relève alors le grand épiploon et le côlon transverse, et je sens, au travers et dans le mésocôlon transverse et du côté droit, une masse qui, au palper bimanuel, paraît du volume de 2 poings au moins, sans limites aucunes, de consistance plutôt molle, très vaguement fluctuante peut-être, recouverte de vaisseaux considérables, donnant à la main l'impression d'un lacis d'artères grosses comme les iliaques. Je débride latéralement à droite, transformant l'incision en T et j'agrandis aussi haut que possible. Y a-t-il vraiment une tumeur, est-elle liquide, on serait fort en peine de l'affirmer ; on n'a pas l'impression d'un kyste, mais plutôt d'une masse un peu pâteuse qu'une pression continue fait diminuer et réduit en partie.

Revenant en avant j'effondre l'épiploon gastro-hépato-colique et je tombe de suite sur un tissu gris rosé analogue à celui qu'on aperçoit quelques centimètres au-dessus. Ce tissu est assez souple, non fluctuant. Une ponction à la seringue de Pravaz ramène du liquide clair. Je pense de suite à un kyste du pancréas.

J'incise alors, et un flot de liquide clair, moins limpide pourtant que celui d'un kyste hydatique, s'écoule par l'ouverture. Il en sort environ 3/4 de litre, puis quelques fins grumeaux se mêlent au liquide. Le doigt introduit dans la poche la trouve vaste, spacieuse, lisse, allant en haut vers le diaphragme, en arrière vers la colonne vertébrale. Il n'y a pas de paroi propre, comme s'il s'agissait d'une péritonite enkystée de l'arrière cavité des épiploons. Profondément, le doigt perçoit 1 ou 2 orifices dont la nature ne

peut être reconnue. Du reste, il faut terminer vite, et le ventre est refermé de suite après qu'on a, toutefois, placé un gros drain entouré de gaze dans la poche. Il faut abandonner cette poche à elle-même, les bords de l'orifice en forme de trou ne peuvent être amenés à la paroi, sauf en dehors où il y a une certaine épaisseur de tissu qu'on peut saisir et fixer par un catgut à la paroi abdominale. Pansement et sérum à haute dose.

L'opération a été bien supportée.

Le lendemain matin 24, la température est à 38°5; le pansement et l'alize placée sous le malade sont traversés par la sérosité qui s'est écoulée de la plaie. On change l'ouate extérieure absorbante.

Le soir, T. 39°. Pouls petit et rapide. Le 25, température matin : 38°6 ; température soir : 39°3. Le pouls est toujours petit et dans les environs de 130. On change le pansement et on raccourcit un peu le drainage.

Le 26, température matin : 38°7 ; température soir : 39°1.

Le 27, température matin : 39° ; température soir : 39°2.

L'état général paraît meilleur, le pouls un peu plus plein et moins rapide.

Le 28, température matin : 38°8 ; température soir : 38°7.

Le 29, température matin : 39°2. On refait le pansement, on enlève le dyachilum qu'on remplace par un gros drain. La plaie a un aspect grisâtre. L'état général est mauvais, le malade a été jadis grippé, la respiration courte et embarrassée, il meurt le soir avec une température de 40°2.

Autopsie. — L'histoire clinique qui précède se complète par les constatations anatomiques que nous allons résumer.

Il nous a été malheureusement impossible de procéder à l'autopsie complète et méthodique du sujet par suite d'obstacles légaux ; nous avons dû nous borner à extraire par une large incision médiane les organes abdominaux. Nous avons pu ainsi détacher en bloc, le foie, l'estomac et le pancréas, en conservant les adhérences et les rapports normaux de ces organes. C'est d'ailleurs là un procédé très commode dont on use parfois au cours d'une autopsie régulière, et que je recommande même d'appliquer dans les cas de lésions complexes du pylore ou du pancréas ayant envahi le pédicule hépatique. On peut ainsi disséquer les pièces sur la table et parfois élucider bien plus facilement des dispositions et des rapports presque indéchiffrables in situ. — Avant de passer à l'examen des pièces recueillies, notons d'abord quelques détails fournis par l'inspection et la palpation.

A l'ouverture de l'abdomen aucun liquide ne s'écoule. Les anses intestinales sont légèrement distendues et congestionnées. Cet état se retrouve sur le côlon ascendant et transverse ; le côlon descendant et l'S iliaque sont plutôt affaissés.

L'estomac, in situ, n'est pas visible : il est caché presque entièrement par le foie et le côlon transverse qui d'ailleurs remonte assez haut. En passant avec les doigts derrière le pylore il est impossible de trouver l'hiatus de Winslow qui paraît être oblitéré. Dans la région où a porté l'opération on trouve le bord inférieur du foie et immédiatement au-dessous une large cavité pouvant admettre la main et pénétrant profondément jusqu'à la colonne vertébrale. Sur les organes en situation il est impossible de reconnaître si cette cavité est creusée dans le foie même ou si elle est sous-hépatique, située en un mot entre le foie et l'estomac. Ses parois sont grisâtres, formées par un tissu tomenteux dont de petits lambeaux se détachent ; il n'y reste plus de liquide, ni aucune trace d'hémorrhagies récentes.

Les pièces isolées et disséquées sur la table nous permettent de préciser davantage les lésions.

On reconnaît que l'estomac occupe une position presque antéro-postérieure ou du moins très oblique d'avant en arrière, de dehors en dedans et de droite à gauche. C'est en somme une exagération de sa situation normale, qui paraît ici beaucoup plus accusée parce que l'épiploon gastro-hépatique dans toute sa partie postérieure et moyenne se trouve tout-à-fait ratatiné et remplacé par un bourrelet fibreux qui soude directement toute la petite courbure de l'estomac à la face inférieure du foie. Il en résulte que l'estomac n'est plus suspendu à un voile lâche mais fixé sur une corde raide qui sous-tend et immobilise la petite courbure contre le foie.

D'ailleurs dans toute l'étendue de ses deux tiers postérieurs, la face antérieure de l'estomac est soudée elle-même à la face inférieure du lobe gauche sur une largeur de trois à quatre centimètres, ce qui complète les adhérences de cette région.

Dans le tiers antérieur de son étendue, c'est-à-dire dans sa partie droite, voisine du pylore, la face antérieure de l'estomac est au contraire libre et vient former la paroi inférieure de la grande cavité sous-hépatique ouverte par l'opérateur.

Cette cavité a la forme d'un cône aplati, dont la base superficielle répond à la grande cavité péritonéale, dont le sommet s'enfonce jusqu'au voisinage du pancréas. On peut lui considérer une face supérieure, une inférieure, deux bords droit et gauche, une base et un sommet.

La face supérieure est formée par le tissu du lobe gauche du foie, même sur les pièces examinées de près, il est difficile de dire, à l'œil nu, si cette paroi est creusée dans le tissu hépatique ou formée par la surface inférieure du lobe gauche.

La face inférieure est constituée par la face antérieure de l'estomac dans son tiers droit, c'est-à-dire dans sa portion pylorique et par le pylore lui-même.

Le bord droit est formé par l'adhérence de la face antérieure de l'estomac et du pylore avec la face inférieure du foie tout le long du bord gauche de la vésicule biliaire, et dans la profondeur par le pédicule hépatique.

Le bord gauche est formé par l'épiploon gastro-hépatique ratatiné et la soudure de la face antérieure de l'estomac avec le foie.

Le sommet présente un pertuis admettant une baguette de verre de la grosseur du petit doigt. Ce pertuis aboutit dans une petite cavité logée sur le bord supérieur du pancréas.

L'hiatus de Winslow est certainement oblitéré puisque tout le ligament hépato-duodénal adhère à la face inférieure du foie et que cette adhérence constitue précisément la limite droite de la cavité pathologique sous-hépatique.

Si l'on relève l'estomac pour mettre à jour le pancréas, on constate que celui-ci, dans sa partie moyenne, paraît comme étranglé et que son bord supérieur fait corps avec une masse de tissu grisâtre adhérente elle-même à la face inférieure du foie et, d'autre part, à la petite courbure de l'estomac.

En tirant un peu sur l'estomac on déchire les adhérences du bord supérieur du pancréas avec la petite courbure, et l'on voit apparaître une cavité anfractueuse. Celle-ci a les dimensions d'une petite pomme, elle est logée dans le bord supérieur du pancréas et en partie dans la masse grisâtre qui surmonte ce bord, elle présente dans sa partie supérieure un petit orifice qui répond à celui qui occupe le sommet de la grande cavité sous-hépatique précédemment décrite. La veine porte est soudée à la face antérieure de la tête du pancréas.

En somme toutes les dispositions anatomiques peuvent se résumer ainsi : grande cavité sous-hépatique ou plutôt inter gastro-hépatique, en forme d'entonnoir dont le sommet vient s'ouvrir dans une petite poche anfractueuse

située sur le bord supérieur du pancréas qui, à ce niveau, paraît englobé dans une masse de tissu pathologique.

Quelle peut être l'interprétation de ces lésions ?

Le chirurgien avait émis l'idée d'un kyste pancréatique et je dois avouer, qu'à première vue, cette hypothèse me parut plausible. Nous aurions eu alors affaire à un kyste pancréatique soudé à la face inférieure du foie, s'étant rompu et ouvert dans l'arrière-cavité du péritoine et ayant déterminé des lésions nécrobiotiques du tissu hépatique par digestion ; d'où la grande cavité mise à jour par l'opération entre le foie et l'estomac. C'est même sous ce titre de kyste pancréatique que la pièce fut présentée par nous à la Société de Médecine avant tout examen histologique. Au cours de la discussion, notre collègue le professeur Wertheimer, nous mit en garde contre l'interprétation que nous proposions, et nous fit observer que les faits physiologiques démontrent que le suc pancréatique tel qu'il est sécrété par la glande, ne possède pas de pouvoir digestif. Il ne l'acquiert que par la présence de kinases sécrétées par l'intestin comme l'a démontré Pawlow.

Il est vrai que Delezenne a depuis établi que les leucocytes et même les bactéries peuvent fournir des kinases qui suppléent celles de l'intestin, de sorte que les phénomènes d'auto digestion au cours des lésions pancréatiques ne sont pas une impossibilité. Ils paraissent d'ailleurs avoir été constatés par divers auteurs.

Dans le cas présent, l'objection de notre collègue n'était que trop juste et l'examen histologique des pièces nous a en effet démontré que notre premier hypothèse était absolument erronée et qu'il s'agissait ici de toute autre chose.

Nous avons pratiqué des coupes : 1° Sur les parois supérieures et inférieures de la grande cavité : 2° sur les parois de la petite cavité logée dans le bord supérieur du pancréas et sur les tissus qui l'en recouvraient ; 3° sur le pancréas lui-même.

Voici les résultats de cet examen :

Le pancréas, tête et queue, ne présente pas de lésions bien appréciables. Il en est tout autrement de la partie moyenne du corps. Ici existe une sclérose très évidente du pancréas. De grosses travées fibreuses séparent les lobes et lobules sans pénétrer jusqu'entre les acini. Quant au tissu glandulaire il est profondément altéré, surtout au voisinage du bord supérieur de l'organe. Les acini au milieu des travées de sclérose paraissent frappés de nécrobiose. Les cellules glandulaires sont presque partout transformées en petits blocs réfringents sans noyau colorable, elles se tassent les unes contre les autres, se confondent et forment ainsi de larges ilots de tissus ayant l'aspect de foyers de nécrose tuberculeux. Sur les bords de ces masses on trouve çà et là des cellules géantes.

Sur les parois de la petite cavité du bord supérieur du pancréas, on constate les faits suivants :

Dans l'épaisseur des parois on retrouve des vestiges d'acini pancréatiques, présentant la lésion connue sous le nom de nécrose graisseuse. Cette cavité est donc bien creusée dans le tissu pancréatique.

Toutefois les coupes nous montrent aussi qu'il n'existe qu'une très mince épaisseur de tissu glandulaire dans les parois de cette petite poche : presque immédiatement on passe à un tissu tout différent. Celui-ci n'est autre chose que du tissu de ganglions lymphatiques. En un mot, les coupes montrent que les masses grisâtres qui englobent le bord supérieur du pancréas et adhèrent à la face inférieure du foie, sont d'énormes ganglions hypertrophiés. De plus, la nature de l'altération est ici évidente. On trouve au milieu de vestiges de tissu lymphoïde, toutes les formes du granulome tuberculeux, follicules types avec cellules géantes, gros tubercules formés de follicul[es] confluents, gros tubercules nécrobiosés. En faisant u[ne] série de coupes dans cette masse ganglionnaire, on fin[it] même par trouver deux grands foyers caseux visibles [à] l'œil nu. Le doute n'est donc plus permis : le pancréas e[st] englobé dans une masse de ganglions rétro-pancréatiqu[es] tuberculeux et il est lui-même atteint de tuberculo[se] partielle.

L'examen des parois de la grande cavité sous-hépatiq[ue] confirme les faits précédents. Dans la paroi supérieure [de] la poche, on reconnaît en effet que la capsule de Gliss[on] est conservée sur la face inférieure du lobe gauche d[u] foie et qu'elle est recouverte du côté de la cavité par u[n] mince feuillet de tissu conjonctif, qui n'est autre qu'u[n] feuillet péritonéal dans l'épaisseur duquel existent d[es] granulations tuberculeuses.

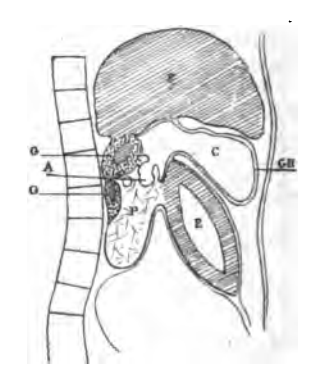
Des coupes de la paroi inférieure montrent de mêm[e] que la paroi antérieure de l'estomac est revêtue du cô[té] de la cavité pathologique d'un feuillet péritonéal parsem[é] de lésions tuberculeuses, la plupart nécrobiotiques.

En un mot, les constatations précédentes nous donne[nt] maintenant une interprétation facile des dispositio[ns] macroscopiques, que nous allons résumer dans le schém[a] suivant :

Une lésion tuberculeuse des ganglions péri et rétro-pa[n]créatiques G a déterminé par son voisinage une tuberc[u]lose partielle du bord supérieur et de la partie moyen[ne] du pancréas P.

Une inflammation adhésive a déterminé l'adhérence d[u] pancréas et de la masse ganglionnaire d'une part au fo[ie] F, de l'autre à l'estomac E.

Il en est résulté une occlusion complète de l'arriè[re]-cavité des épiploons C par en bas.



F. Foie ; P. Pancréas ; G. Ganglions rétropancréatiques av[ec] foyers caseux ; A. Caverne du bord supérieur du pancréa[s] E. Estomac ; C. Arrière-cavité du péritoine distendue par liquide enkysté ; GH. Feuillets de l'épiploon gastro-hépatiq[ue] refoulé par l'épanchement.

De son côté l'hiatus de Winslow s'est fermé par des br[i]des inflammatoires. La partie supérieure de l'arrièr[e]-cavité C s'est ainsi trouvée transformée en un espace cl[os] de toutes parts. Du liquide s'y est accumulé qui a refoul[é] l'épiploon gastro-hépatique G H. l'a distendu, appliqua[nt] ses deux feuillets en partie contre la face inférieure d[u] lobe gauche du foie, en partie sur la surface antérieure d[e] l'estomac. La partie moyenne de l'épiploon gastro hépatiq[ue] seule restée libre et distendue est venue bomber sous [le] bord du foie entre celui-ci et le côlon remonté. C'est cet[te] partie que le chirurgien a incisée pour pénétrer dans [la] cavité pathologique.

Le diagnostic anatomique de ce cas se résume don[c] ainsi :

Tuberculose chronique des ganglions rétro-pancréatiqu[es]

ayant déterminé une pancréatite tuberculeuse de voisinage dans la partie moyenne et le bord supérieur du pancréas. Petit foyer de nécrose tuberculeuse, véritable caverne taillée dans le bord supérieur du pancréas et dans les masses ganglionnaires voisines. Péritonite tuberculeuse enkystée de la partie supérieure de l'arrière-cavité du péritoine.

Il reste à expliquer les phénomènes d'étranglement chronique observés pendant la vie du malade. Nous croyons qu'ici on peut invoquer la compression produite par le liquide accumulé dans la petite cavité des épiploons. En se reportant à notre schéma on comprendra facilement qu'un côlon transverse haut situé, comme c'était le cas, ait pu se placer au devant de l'estomac, s'insinuer même entre la paroi antérieure de la poche liquide et le péritoine pariétal et se trouver ainsi comprimé par l'épanchement de la péritonite enkystée. Il ne faut pas non plus perdre de vue que le pylore et le duodénum devaient forcément aussi être soumis à un certain degré de compression.

Nous sommes obligés de nous arrêter ici dans l'étude de ce cas. L'autopsie n'ayant pu être faite complètement, nous n'avons pu rechercher l'origine de la tuberculose pancréatique et péri-pancréatique. Ni l'intestin, ni les organes thoraciques n'ont pu être examinés. Cette observation reste donc forcément incomplète, mais telle qu'elle est, il nous semble qu'elle mérite cependant d'être portée à la connaissance du public médical.

Consultations Médico-Chirurgicales

Endométrite septique puerpérale

Professeur-agrégé M. OUI.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Une nouvelle accouchée, deux, trois ou quatre jours, selon les cas, après la délivrance, accuse, au lieu du bien-être habituel qu'elle a jusqu'alors éprouvé, une sensation de malaise général, de la céphalalgie, quelques douleurs lombaires. La température, qui n'avait pas dépassé 37° à 37°5, monte à 37°8, 38°, 38°5 et quelquefois au-delà. Le pouls, qui était resté aux environs de 80 pulsations à la minute, bat à 100, 110, 120. Le ventre est souple, bien que parfois légèrement ballonné. Le palper, pratiqué avec douceur, détermine de la douleur au niveau de l'utérus, surtout sur les bords. Dans certains cas, les lochies sont fétides. Dans la plupart des cas, elles ne présentent pas de modifications sensibles.

Cet ensemble symptomatique est caractéristique de l'*endométrite septique puerpérale*, premier degré de l'infection et source de toutes ses complications.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les indications sont : 1° débarrasser la cavité utérine des caillots ou des débris membraneux qui peuvent y être retenus et qui fournissent aux agents infectieux un milieu de culture favorable ; 2° détruire, à l'aide d'un agent antiseptique, les microbes qui occupent les couches superficielles de la caduque ; 3° au cas où ce traitement antiseptique serait insuffisant, détruire mécaniquement la caduque infiltrée par les agents infectieux.

Il faut se rappeler qu'**une intervention rapide est absolument nécessaire.** Toute temporisation a pour résultat de permettre aux agents infectieux de pénétrer plus profondément et rend, par conséquent, la guérison plus difficile et le pronostic plus grave.

TRAITEMENT. — Le traitement local prime le traitement général, qui a aussi son importance.

TRAITEMENT LOCAL. — Les interventions locales peuvent être isolées ou multiples.

A. Première intervention. — *a) Il y a rétention.* — Lorsqu'il y a rétention de débris membraneux ou que l'on soupçonne la présence dans l'utérus de caillots retenus, après avoir pratiqué soigneusement la désinfection de vos mains, mettez la femme en position obstétricale, faites une **toilette vulvaire** complète : savonnage à l'eau chaude, après avoir coupé les poils vulvaires très courts ou les avoir rasés, irrigation abondante avec un liquide antiseptique (de préférence avec la solution de sublimé à 0 gr. 50 pour mille. La toilette vulvaire sera suivie d'une injection vaginale de deux litres de solution de sublimé à 0 gr. 25 pour mille. Pendant l'injection, introduisez deux doigts dans le vagin et frottez en les parois de façon à bien rincer toute la muqueuse. Relavez-vous les mains ; puis, abaissant le fond de l'utérus à l'aide de la main gauche appuyant sur la paroi abdominale, introduisez l'index et le médius de la main droite dans le vagin et, de là, dans la cavité utérine. Si vous y trouvez des corps étrangers (caillots, débris membraneux), retirez-les et faites ensuite une **irrigation intra-utérine**.

b) Il n'y a aucun motif de supposer une rétention. — La femme étant mise en position obstétricale, vous prenez les mêmes précautions antiseptiques que ci-dessus, puis, sans exploration digitale préalable de la cavité utérine, vous pratiquez une injection intra-utérine.

Rappelez-vous que, **pour être efficace, l'injection doit être assez abondante.** Ne vous contentez donc pas d'injecter un litre ou deux dans la cavité utérine. Faites-y passer dix à douze litres de liquide antiseptique. L'injection doit être faite de telle façon **que le liquide irrigue complètement la surface interne de l'utérus.** La sonde intra-utérine employée doit donc être percée de trois à quatre orifices de manière que le liquide puisse couler dans toutes les directions. Les meilleures sondes intra-utérines sont : la sonde en verre de Tarnier et la sonde métallique de Pinard. Vous pouvez négliger les sondes à double courant et les sondes dilatatrices généralement

moins commodes et en tout cas inutiles. **La sonde doit être introduite jusqu'au fond de l'utérus.**

Le liquide employé doit avoir une action antiseptique suffisante. La solution de **sublimé** à 0 gr. 25 pour mille sera employée de préférence, ou la solution de bi-iodure à la même dose. Cependant, dans les cas d'albuminurie, laissez de côté ces solutions trop toxiques et employez la solution d'**aniodol** à un pour quatre mille, la solution de **permanganate de potasse** à un pour mille ou l'eau iodée selon la formule de Tarnier :

Iode	3 grammes	
Iodure de potassium	6	»
Eau	1.000	»

Vous pourrez également employer l'**hypochlorite de chaux** (deux cuillers à soupe de liqueur de Labarraque pour un litre d'eau), à condition que la solution soit fraîchement préparée.

Quand vous aurez utilisé une solution antiseptique toxique, **terminez l'injection en faisant passer dans l'utérus deux litres d'eau bouillie**, de façon à mettre la femme à l'abri de tout risque d'empoisonnement.

Rappelez-vous enfin, que l'**injection intra-utérine est une opération toute de délicatesse et de douceur ;** que la sonde doit être introduite jusqu'au fond de l'utérus sans la moindre violence ; que, avant de pénétrer dans la cavité utérine, la sonde doit être soigneusement purgée d'air pour éviter l'entrée de l'air dans les sinus ; que l'injection doit être donnée sous faible pression (injecteur élevé à 25 ou 30 centimètres au dessus du siège de la malade), pour éviter la pénétration du liquide injecté dans les veines utérines.

B. Interventions ultérieures. — *a) La température redevient normale après la première injection intra-utérine.* — Si le thermomètre marque une température inférieure à 37°5, ne renouvelez pas l'injection intra-utérine. Donnez seulement, pendant deux ou trois jours, deux **injections vaginales antiseptiques** et surveillez attentivement la température pour faire sans tarder un nouveau lavage intra-utérin en cas d'hyperthermie.

b) La température a baissé sans revenir à la normale. — Donnez deux fois par jour, matin et soir, une grande **injection intra-utérine.** Vous obtiendrez le plus souvent, en quarante-huit heures, la chute définitive de la température.

c) La température reste aussi élevée qu'avant les injections intra-utérines ou continue à s'élever. — Dans ce cas, l'action des lavages intra-utérins est évidemment insuffisante. Il devient nécessaire de pratiquer le **curettage**.

Curettage. — Faites le curettage autant que possible, sans avoir recours à l'anesthésie chloroformique qui prédispose aux hémorrhagies. Servez-vous de larges curettes de Pinard et Wallich avec lesquelles vous éviterez les risques de perforation utérine. Râclez bien toute la surface de l'utérus et en particulier les cornes utérines. Agissez énergiquement, mais sans brusquerie et sans violence. Donnez ensuite une injection intra-utérine chaude, écouvillonnez l'utérus et placez-y une forte mèche de gaze iodoformée que vous enlèverez au bout de vingt-quatre heures.

Lorsque les premiers symptômes de l'infection se montrent de très bonne heure, rappelez-vous que **le curettage ne doit être pratiqué que trois jours au moins après l'accouchement** si vous ne voulez pas risquer de déterminer la mort par entrée de l'air dans les veines (Pinard).

Le curettage est contre-indiqué également dans les cas où il existe des localisations inflammatoires péri-utérines (pelvi-péritonite, salpingite, phlegmon du ligament large). Il ne pourrait avoir, dans ces cas, qu'une action nuisible en donnant un coup de fouet à ces lésions inflammatoires.

C) Dernière intervention. — *a) La température tombe définitivement à la normale.* — Lorsque, après le curettage, la fièvre cesse, après avoir retiré la mèche de gaze, vous ferez donner deux fois par jour des injections vaginales.

b) La température s'abaisse progressivement. — Si c'est graduellement que baisse la température, administrez tous les jours une **injection intra-utérine** jusqu'au retour définitif de la température à la normale.

c) La température continue à s'élever. — Si la fièvre persiste ou augmente, faites un **nouveau curettage**, après vous être assuré que l'hyperthermie n'est pas due à une localisation péri-utérine de l'infection ou à une phlébite.

Si, après ce second curettage, la température reste élevée ou continue son ascension, vous avez affaire à une infection généralisée contre laquelle le traitement local devient impuissant.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général a pour but de soutenir les forces de la malade, de faciliter l'élimination des toxines microbiennes.

Alimentation. — Vous alimenterez la malade : lait, œufs, viandes grillées.

Sommeil. — Vous procurerez le sommeil, s'il fait défaut ou est insuffisant, à l'aide du chloral ou de l'opium.

Anémie. — Les injections hypodermiques de sérum artificiel vous rendront service, surtout chez les femmes anémiées par une hémorrhagie, à la fois comme tonique et comme diurétique.

Coprostase. — Veillez à la liberté de l'intestin que vous entretiendrez par des laxatifs légers et par des lavements.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

La thérapie hydrominérale et les stations balnéaires de la Belgique, par le docteur Jules Félix, à Monceaux, Bruxelles, 1903.

« J'écris ceci pour les médecins, pour le public, et dans l'intérêt de mon pays. » Ainsi débute ce petit volume de cent pages, écrit par le professeur d'hydrologie et de climatologie médicales à l'Institut des Hautes Ecoles de l'Université nouvelle de Bruxelles. Puisque la Belgique possède des ressources balnéaires climatiques et hydrominérales précieuses sur le littoral de la mer du Nord et dans les belles stations de Chaudfontaine et de Spa, il était du devoir du médecin, qui est un des plus autorisés savants de ce pays, de signaler ces richesses et ces ressources.

L'auteur n'y a pas manqué. Il révèle le grand développement et la grande importance au triple point de vue économique, médical et social de la thérapie hydrominérale ; mais aussi et surtout ce volume tend à guider les médecins et le public dans l'emploi et l'application des eaux minérales à l'hygiène et à la médecine, à combattre l'empirisme aveugle et spéculatif si nuisible à tous les points de vue, en préconisant l'exploitation rationnelle et scientifique des stations thermominérales et en enseignant les dangers et les avantages, les indications et les contrindications de la cure hydrominérale.

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 5e **voyage d'études médicales** aux eaux minérales, stations maritimes, climatériques et sanatoriums de France, aura lieu du *10 au 23 septembre 1903*.

Il comprendra les *Stations du Sud-Est de la France*, visitées dans l'ordre suivant : Salies-du-Salat, Aulus, Ax-les-Thermes, Ussat, Les Escaldes, Font-Romeu, Mont-Louis, Carcanières, Alet, Molitg, Le Vernet, Amélie-les-Bains, La Preste, Le Boulou, Banyuls-sur-Mer, Lamalou, Montmirail, Vals, Le Mont Pilat.

Le V. E. M. de 1903 — comme celui des quatre années précédentes — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration : *Toulouse*.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée à la fin de la tournée, au point de dislocation : *Lyon*, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Toulouse à Lyon, prix à forfait : 350 francs, pour tous les frais ; chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, *2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).*

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1903, terme de rigueur.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le **Comité de l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille**, a l'honneur d'annoncer à MM. les Internes titulaires de deuxième et troisième années, que, en vertu des articles du titre IV de ses statuts, deux concours seront ouverts le vendredi 24 juillet 1903, pour l'obtention de deux prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie et accouchements.

Ces prix seront chacun de 100 francs en espèces. Les épreuves comporteront : 1° Un mémoire qui sera coté 40 points ; 2° Une épreuve clinique (1/4 d'heure d'exposé après 1/2 heure d'examen et 1/4 d'heure de réflexion) qui sera cotée 40 points ; 3° Une épreuve écrite sur un sujet de pathologie qui sera cotée 20 points.

Les candidats devront faire connaître au Trésorier de l'Association, leur intention de prendre part aux épreuves, au moins dix jours avant l'ouverture du Concours. Ils devront lui faire parvenir en même temps leur mémoire. Le Concours aura lieu dans un service de clinique avec l'autorisation de l'Administration et des chefs de service. L'hôpital sera désigné aux concurrents la veille du Concours. Le jury décidera l'heure et les conditions de l'épreuve écrite.

Soutenance de Thèse

M. M.-J.-J.-P. Millet, de Duingt (Haute-Savoie), a soutenu, avec succès, le samedi 27 juin 1903, sa thèse de doctorat (5e série, n° 138), intitulée : **Les complications osseuses de la variole.**

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — A été nommé *Chevalier* : M. le docteur Mathieu, médecin-major de 2e classe.

Instruction publique. — Ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs Jeanton, de Paris ; Grangé, d'Ay (Marne).

Académie. — Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Guay, de Paris ; Lamiable, de Château-Porcien (Ardennes) ; Laurent et Thiodet, de Roanne (Loire) ; Katz, de Pontoise (Oise) ; Nivière, de Vichy

(Allier) ; AUDOUCET, de Verzenay (Marne) ; JOBARD, de Wassy (Haute-Marne) ; TROUVÉ, de Dorat (Haute-Vienne) ; JACQUIN et LAFFITTE-DUPONT, de Bordeaux ; VERNET, MERKLEN et PICHARDIE, de Paris.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Besançon. — M. le docteur HEITZ, professeur de clinique obstétricale, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

M. le docteur BAIGUE, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GLIN, de Maule (Seine-et-Oise) ; GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux de Paris ; THOMINET, de Paris et PIOGEY, d'Asnières (Seine).

OUVRAGES REÇUS

— **La phlébalgie chez les convalescents de phlébite, les variqueux et les névropathes ; son traitement, l'effleurage des veines**, par le docteur HANNEQUIN. Paris, Naud, 1903.

— **Les hypotonies multiples**, par le docteur CENSIER (de Bagnoles de l'Orne), Paris, Guibert, 1903.

— **Index médical des principales stations thermales et climatiques de France**, publié par le *Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France*, Paris, Jean Gainche, 1903.

— **Pourquoi l'alcoolisme et la syphilis ne sont-ils pas inscrits parmi les causes officielles de la mortalité parisienne?** par le docteur LERAY, communications faites à la *Société médico-chirurgicale de Paris*, Daix, Clermont, 1903

— **La crise agricole dans ses rapports avec la baisse des prix et la question monétaire**, par M. Daniel ZOLLA, lauréat de l'Institut. *Bibliothèque générale des sciences*, Naud. Paris, 1903.

— **Rapports présentés au 3e Congrès international des médecins de compagnies d'assurances**, Paris, Masson, 1903.

— **Cinq conférences sur la tuberculose**, par MM. les professeurs RODET, GRASSET, BAUMEL, FORGUE, CARRIEU, Montpellier, Firmin, Montagne et Sicardi, 1903.

— **Recherches sur la valeur clinique de quelques signes urinaires considérés comme révélateurs de l'insuffisance hépatique**, par MM. le docteur INGELRANS et DEHON, extrait des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mars 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

25e SEMAINE, DU 14 AU 20 JUIN 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	4
3 mois à un an	7	7
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	5	1
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	1	3
20 à 40 ans	5	10
40 à 60 ans	13	5
60 à 80 ans	9	10
80 ans et au-dessus	1	1
Total	49	42

Répartition des décès par quartier	NAISSANCES par Quartier	TOTAL des DÉCÈS	Autres causes de décès	Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculoses	Méningite tuberculeuse	Phtisie pulmonaire	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale	Autres	Coqueluche	Croup et diphtérie	Fièvre typhoïde	Scarlatine	Rougeole	Variole
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	5	4	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	12	12	3	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	1	4	»	»	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	10	12	1	»	1	»	1	»	3	»	»	1	2	2	2	»	»	»	»	»	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	31	16	8	»	1	»	»	»	3	»	»	3	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»
Vauban, 20,381 hab.	13	6	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	10	11	3	»	»	»	»	»	2	»	»	1	2	2	»	»	1	»	»	»	»	»
Esquermes 11,381 hab.	3	7	5	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	5	6	1	»	»	»	»	1	3	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	16	14	5	»	»	»	»	1	3	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Canteleu, 2,836 hab.	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Sud, 5,908 hab.	9	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	117	91	28	»	»	»	1	3	18	»	»	11	8	7	8	1	1	»	»	»	4	1

N° 338. Septième Année. N° 27. Le Numéro : **10** centimes 5 Juillet 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Résultats d'un essai de sanatorium suburbain pour tuberculeux à Lille

par les docteurs **Combemale et Debierre,**
professeurs à la Faculté de Médecine, administrateurs des Hospices

Le 3 décembre 1900, l'Administration des Hospices de Lille ouvrait l'un des pavillons d'isolement de l'hôpital de la Charité, inoccupés depuis quelques années, à un service temporaire destiné aux tuberculeux. Le 26 avril 1902, ce même service était fermé, les locaux qui l'abritaient étant réclamés d'urgence pour l'épidémie de variole, qui achève à peine ses ravages à l'heure actuelle. C'est donc pendant 510 jours consécutifs, soit dix-sept mois environ, que des tuberculeux ont été reçus dans un service spécial, installé matériellement sans luxe, mais avec autant de souci de l'hygiène qu'en aucun sanatorium, dans lequel le traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire était appliqué avec rigueur par le docteur DELÉARDE (1), dont l'intention, dès l'ouverture du pavillon, fut d'appliquer « le seul traitement actuellement reconnu comme capable de donner des résultats ».

Aménagé successivement pour 10 lits, plus tard pour 14 lits, ce service a reçu pendant ce laps de temps 78 tuberculeux, dont 13 ont fait deux et même trois séjours. Les journées de présence de ces 78 malades s'élèvent à 5.380, ce qui doit être traduit que, plus de 10 lits ont été occupés de façon permanente.

La durée de séjour de ces malades a varié de 2 jours à 365 jours consécutifs. Ayant séjourné moins de quinze jours, c'est-à-dire rebelles à la discipline du pavillon, nous en relevons 21 ; par contre, il en est 10 qui ont de quatre à cinq mois consécutifs de présence, 2 de sept à huit mois, 2 de deux mois à un an. La moyenne de séjour a été de 69 jours.

Les quelques chiffres ci-dessus sont destinés à montrer que ce service de tuberculeux en pavillon isolé a eu une certaine importance et une certaine continuité, et, par conséquent aussi que l'on peut tabler sur les résultats qu'il a donnés pour se faire une opinion sur la question de savoir s'il faut généraliser la méthode de traitement que la Commission des Hospices de Lille a tenu à honneur de tenter sous la forme de « petit sanatorium suburbain »,

(1) *a)* DELÉARDE. Le pavillon spécial des tuberculeux à l'hôpital de la Charité. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 329.
b) DELÉARDE. Le pavillon des tuberculeux à l'hôpital de la Charité. *Écho médical du Nord*, 1902, p. 341.

comme on en préconise l'installation au voisinage des grandes villes. Nous répétons, avec M. DELÉARDE, que le pavillon spécial réalisait l'isolement complet des tuberculeux et la mise en application de l'ensemble des procédés thérapeutiques, repos, grand air, suralimentation, qui constituent le seul traitement à opposer à la tuberculose pulmonaire.

***

Or, en voici les résultats.

Dans deux petits mémoires, M. DELÉARDE(1) a relaté ses impressions sur les résultats qu'il avait obtenus chez les 64 premiers malades soignés au Pavillon. Il comptait au 4 janvier 1902 : 11 guéris, 12 améliorés, 24 stationnaires, 4 aggravés et 13 morts.

Il nous a paru intéressant de connaître ce qu'étaient devenus, un an environ après la fermeture du pavillon des tuberculeux au 10 juin 1903, les 64 tuberculeux de M. DELÉARDE et les 14 autres qui étaient entrés à une date postérieure à celle où M. DELÉARDE avait arrêté sa statistique. La tâche n'était point aisée, et il a fallu l'inlassable patience des enquêteurs, mis à notre disposition par le commissaire central de Lille, M. VIVIER DES VALLONS, que nous remercions ici de son obligeant concours, pour retrouver les traces de ces 78 malades et obtenir des survivants les détails permettant d'apprécier leur état; les renseignements de ces enquêteurs ne seront pas suspectés, puisqu'ils rapportent l'opinion de l'enquête sur son propre compte; on pourra seulement leur reprocher d'être au-dessous de la vérité.

Or, des renseignements recueillis à la date du 10 juin 1903, sur les 78 malades qui ont été traités au pavillon spécial des tuberculeux, du 3 décembre 1900 au 26 décembre 1902, il résulte que **32 sont décédés; 4 sont aggravés ; 12 sont stationnaires mais ne travaillent pas ; 7 sont stationnaires et travaillent par intermittence ; 11 sont dans un état relativement bon, voire satisfaisant, et travaillent régulièrement.** Enfin, 12 ont quitté la ville, et il n'a pas été possible d'obtenir des renseignements sur leur santé.

Rendons un peu plus concrets ces résultats. Défalquons d'abord des 78 malades les 12 pour lesquels les recherches ont été infructueuses, car nous n'avons pas plus le droit de les dire améliorés que nous ne l'avons de les dire aggravés. Sur les 66 restants, nous en trouvons la moitié (32 sur 66) de décédés et un sixième seulement (11 sur 66) dans un état de santé relativement bon, qui leur permet le travail régulier. Les aggravés, les stationnaires pouvant travailler parfois et les stationnaires ne travaillant pas constituent les deux derniers sixièmes.

En réalité, de ces 23, il en est 7 seulement qui doivent être considérés comme stationnaires ; les 16 autres sont des aggravés, parce qu'ils ne travaillent pas et que le dispensaire antituberculeux, par les secours qu'il leur distribue, les a empêchés de succomber.

Toute grossière qu'elle est, cette petite statistique a néanmoins sa valeur, puisqu'elle nous permet de voir 1° la statistique de M. DELÉARDE passer au bout d'un an de 13 décédés à 26, — les 6 autres décès étant survenus chez les 14 malades qui n'étaient pas compris dans sa statistique, — 2° que les 11 guéris ou tuberculeux travaillant sans interruption, restent à ce même chiffre. Nous avons eu cependant la curiosité de chercher spécialement en les appréciant de la même manière que les autres malades, ce que sont devenus les 11 guéris, nommés par M. DELÉARDE dans son mémoire; or, deux seulement travaillent régulièrement, deux sont décédés, deux ont quitté Lille et nous n'avons point d'autres renseignements sur eux ; les 5 autres ne travaillent pas ou travaillent irrégulièrement.

Ces résultats en gros ne sont donc pas encourageants. Six appelés pour un élu, et cela, un an après la cessation d'un traitement qui avait été sévèrement appliqué, n'est pas précisément à l'éloge de la thérapeutique du tuberculeux par l'isolement.

Pour apprécier l'action curative du sanatorium suburbain, il nous a paru d'autre part nécessaire de serrer de plus près les résultats ; il était intéressant, par exemple, de rechercher si ceux qui étaient restés le plus longtemps au pavillon étaient ceux qui avaient le plus résisté. Il n'en est rien : sur 15 ayant séjourné de 140 jours à un an, 8 sont décédés, 2 ont quitté Lille, 4 ne travaillent pas, 1 travaille un peu. Par contre, sur les 11 tuberculeux qui sont dans un état relativement bon, c'est-à-dire dans un état permettant le travail régulier un et deux ans après leur sortie du pavillon, 3 ont séjourné 9, 7 et 12 jours seulement, c'est-à-dire en réalité ne se sont pas soumis à la discipline ; les 8 autres ont passé de 25 à 98 jours au pavillon, ensemble 444 jours, soit 55 jours en moyenne.

(1) Loco citato.

Nous ne pouvons, après ces constatations, nous défendre de trouver minime l'action curative apparente de l'isolement en sanatorium suburbain des tuberculeux.

***

A se placer au point de vue exclusivement administratif, il apparaît comme de médiocre assistance de créer et d'entretenir de ces pavillons spéciaux pour les tuberculeux. Tout comme les résultats thérapeutiques du reste, le prix de revient de la journée n'engage pas les Administrations des Hospices à avoir recours à cette arme spéciale de la lutte contre la tuberculose.

Dans l'expérience que nous relatons, au prix de journée ordinaire, des hôpitaux de Lille, en 1901, c'est-à-dire à 2 fr. 41, les frais de séjour de ces 78 tuberculeux dans les salles de l'hôpital eussent été de 12.965 fr. 80. Or, ils ont coûté au pavillon d'isolement 21.717 fr. 85, ce qui met la journée à 4 fr. 037. Augmentation sensible du prix de revient de la journée, on le voit, que ce chiffre ! Et, cependant, ce chiffre ne traduit pas toutes les dépenses. M. Deléarde seul sait ce que de bonnes âmes, apitoyées par lui sur le sort de ses tuberculeux, lui ont fourni de subsides pour entretenir les effets de sa thérapeutique par la suralimentation. Et l'amortissement du terrain, comme celui des constructions, n'est pas compté dans ce total ! La cherté de ce mode d'assistance ne fait donc de doute pour personne. Pour certaines Commissions d'hospices, que sollicitent tant de moyens divers d'assistance et tant d'infortunes, il n'est pas inutile de répéter que le sanatorium suburbain pour tuberculeux est particulièrement coûteux. Les résultats de notre essai seront un argument pour ceux qui pensent que les sanatoria pour tuberculeux suburbains ou autres, ne doivent pas être mis à la charge des Hospices, mais bien laissés à l'initiative de groupements sociaux particuliers ou d'associations de prévoyance diverses.

***

La délibération de la Commission des Hospices de Lille, qui créait le pavillon spécial des tuberculeux à l'hôpital de la Charité spéciliait qu'il était « destiné aux tuberculeux et aux malades des salles des hôpitaux pouvant être dangereux pour les autres malades et blessés ». Ce n'est pas précisément dans l'esprit de la délibération, on l'a vu, que fut organisé ce service. Tous les efforts de M. Deléarde, chargé de le diriger, tendirent en effet à n'admettre au pavillon que des malades au début de la tuberculose pulmonaire ; tout d'abord, il y eut bien des sujets déjà profondément atteints ; mais bientôt il ne reçut plus que ceux dont la guérison pouvait être espérée. C'est donc comme un sanatorium qu'a fonctionné ce pavillon ; nous en avons donné les résultats.

L'intention de la Commission des Hospices de Lille était de créer à côté des services de ses hôpitaux une sorte de service où seraient dirigés surtout des tuberculeux, mais de ces tuberculeux dont l'état ne laisse plus d'espoir, de ces tuberculeux qui crachent des milliards de bacilles tous les jours et risquent d'être pour leurs voisins de lit une source de contagion, pour les salles qui les contiennent une cause permanente d'infection. Maintenant qu'il est démontré que le sanatorium suburbain est coûteux et sans action curative spéciale marquée, il convient de revenir à l'idée primitive d'avoir un service, grand ou petit, pour y déverser le surplus des tuberculeux qui encombrent les salles et ne demandent plus à l'hôpital que de mourir le plus doucement possible. Dans ce service, sorte d'obituarium, les infectés chirurgicaux chroniques, les cancéreux cachectiques, au même titre que les tuberculeux devraient trouver place. La pitié due aux commensaux de ces vaincus de la vie trouverait son compte, sans inhumanité pour les morituri, à ce que cette conception particulière de la Commission des Hospices de Lille trouvât enfin son application.

Deux cas de cyphose hystéro-traumatique
Maladie de Brodie

par le Dr Deléarde, agrégé.

La fréquence des manifestations de l'hystéro-traumatisme résultant des accidents du travail ainsi que les difficultés médicales et judiciaires qui découlent de pareils symptômes, augmentent au fur et à mesure que la loi du 9 Avril 1898 devient plus ancienne. La question à résoudre par les tribunaux est souvent la suivante : Un ouvrier a été reconnu atteint d'hystéro-traumatisme par les médecins appelés à l'examiner. Ceux-ci ont conclu à l'incapacité de travail, mais leur rapport fait bien ressortir que cette incapacité n'est pas permanente, qu'elle ne dépend nullement d'une lésion organique, qu'elle peut disparaître dans un

délai difficile à apprécier ainsi qu'à la suite de circonstance fortuites, telle que la terminaison favorable du procès engagé. L'ouvrier est-il atteint d'une infirmité permanente ou partielle ; en un mot, a-t-il droit à une rente ?

En règle générale les tribunaux tiennent compte dans leur jugement du pronostic bénin de la maladie de la victime, ils lui allouent sous forme de rente une indemnité insuffisante toutefois pour permettre à l'ouvrier de vivre sans travailler. Lorsque les choses se terminent de cette façon on voit souvent le blessé reprendre le chemin de l'atelier et peu à peu refaire le travail qu'il exécutait normalement avant l'accident.

Mais il est des cas où la nature névropathique des phénomènes observés peut paraître douteuse. Le blessé accuse des douleurs et présente un état local et général qui semblent se rattacher à des lésions profondes et sérieuses d'autant plus faciles à admettre que l'accident a réuni toutes les conditions capables de les produire.

Ce sont surtout les traumatismes portant sur la colonne vertébrale qui suscitent l'apparition de symptômes en rapport avec une altération réelle du rachis.

Les chutes d'un lieu élevé, les éboulements sont parmi les accidents les plus fréquents portant sur cette région. Ce sont eux qui provoquent une manifestation intéressante de l'hystéro-traumatisme, souvent rencontrée mais mal reconnue,je veux dire la cyphose hystéro-traumatique ou maladie de Brodie.

Au cours de l'an dernier j'en ai observé un cas et tout récemment un second qui, l'un et l'autre, avaient, par leur ancienneté et leur résistance à toutes les thérapeutiques, découragé les médecins traitants.

Avant de résumer les observations de ces deux blessés, je crois utile de rappeler les symptômes de la maladie de Brodie.

Les malades qui en sont atteints se présentent à l'examen dans une position absolument caractéristique. Ils sont pliés en deux, le tronc plus ou moins fortement fléchi sur les membres inférieurs. Le sommet de l'angle de flexion se trouve au niveau de la région lombaire. La mobilité des hanches est conservée intacte, mais la marche est assez difficile à cause de la position vicieuse du tronc qui fait pencher le corps en avant et le rend moins stable. Aussi voit-on les malades se servir d'une canne ou même marcher en appuyant les mains sur les cuisses.

Les douleurs spontanées sont vagues, mal localisées, embrassant la région lombaire, irradiant parfois vers les membres inférieurs. La pression sur les apophyses épineuses de la gibbosité lombaire ne réveille aucune douleur ; mais lorsque l'on cherche à redresser la courbure vertébrale le malade accuse une souffrance très vive.

Les réflexes patellaires et plantaires sont normaux ou exagérés ; la recherche du signe de Kernig est toujours négative. On relève en outre les signes plus ou moins marqués de l'hystérie, rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngienne et conjonctivale, zone d'hyperesthésie ou d'anesthésie.

L'état mental est souvent au-dessous de la moyenne. Le moral est souvent affecté ; les malades se lamentent sur leur sort ; ils se croient invalides pour toujours ; les troubles psychiques sont pour quelque chose dans l'altération de la santé générale.

L'étiologie de cette affection est toujours traumatique. On trouve, dans les antécédents des malades, une chute d'un lieu élevé, un traumatisme portant sur la région lombaire (malades de Moty : *Bulletin Société de médecine du Nord, 1901*), ou un éboulement (*Deux observations personnelles*).

En général l'accident qui a provoqué l'éclosion de la maladie de Brodie est grave car les blessés perdent connaissance (*Deux observations personnelles*). La position vicieuse est prise immédiatement après l'accident et une fois installée ne varie guère.

L'évolution de la maladie est longue ; les deux ouvriers que j'ai examinés souffraient depuis une annee.

Le diagnostic est assez facile à cause de la position pour ainsi dire pathognomonique que présentent les malades. Toutefois il peut prêter à confusion et en voyant la déviation de la colonne vertébrale on pense de prime abord à une lésion du squelette du rachis. Mais l'absence de troubles moteurs du côté des membres inférieurs et des réservoirs, la forme de la courbure dorsale, écartent l'idée d'une luxation ou d'une fracture du rachis.

Toutes les affections aiguës pouvant provoquer une contraction douloureuse des muscles voisins de la colone vertébrale, tétanos, psoïtis, rhumatisme vertébral, lumbago s'accompagnent de fièvre, et de phénomènes généraux qui manquent dans la maladie de Brodie. Leur évolution est en outre très courte relativement à la longue persistance des signes de l'affection qui nous intéresse.

Le manque de douleurs précédant la déformation, ainsi que les commémoratifs de la maladie et son apparition brusque font écarter la tuberculose des vertèbres.

La radiographie permet du reste de lever tous les doutes Cependant mon premier malade avait été radiographié.

L'épreuve, très bien réussie par mon collègue Bédart, laissait voir une tache sombre très voisine des vertèbres qui paraissait anormale et lui avait fait supposer l'existence d'une lésion analogue, disait-il, à celle que l'on rencontre chez les mineurs après les éboulements. La guérison radicale du malade permit d'écarter cette hypothèse.

Du reste la concomitance avec la déformation vertébrale des signes de l'hystérie; la mentalité particulière des malades, le mode d'apparition de l'affection, tout concorde pour rattacher l'ensemble symptomatologique que l'on constate à une névrose.

Enfin en cas de doute il suffirait de soumettre le malade au sommeil chloroformique, la déviation cesserait du même coup.

Pronostic. — En tant que lésion locale le pronostic de la maladie de Brodie est bénin ; il n'en est pas de même au point de vue de l'état général. Celui-ci est mauvais, l'amaigrissement et la perte des forces physiques et intellectuelles sont souvent très marqués. Les deux malades que le Dr Moty avait présentés à la Société de Médecine étaient dans un état voisin de la cachexie ; il en était de même pour les deux hommes que j'ai observés. Le chômage prolongé qui engendre la misère chez les ouvriers, les douleurs, et surtout la crainte de rester affligés et impotents pendant toute leur vie, plongent les malheureux dans un état de prostration C'est par là que le pronostic de la maladie de Brodie est plus sombre ; un organisme ainsi débilité peut devenir un excellent milieu de culture pour toutes les infections, en particulier pour la tuberculose.

Il est de notion courante que toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme peuvent persister pendant de longs mois. Cette durée prolongée est encore un élément digne de retenir l'attention dans l'appréciation du pronostic.

Traitement. —L'attitude vicieuse prise par les malades provient de la contracture des muscles psoas ; tant qu'ils ne cherchent pas à se redresser, ils ne souffrent pas ; mais au contraire vient-on à faire effort pour placer le corps dans la position normale, aussitôt ils accusent des douleurs vives dans la région lombaire et c'est la douleur ressentie à la suite d'une pareille tentative qui maintient les patients dans l'attitude courbée.

Moty conseille de placer le patient dans le décubitus ventral, mais cette position, dès qu'on la prolonge pendant quelque temps, réveille au paroxysme les souffrances et ne donne aucun résultat.

La révulsion semble échouer souvent ; les deux malades que j'ai observés avaient le sacrum et les lombes constellés de cicatrices, de pointes de feu et de vésicatoires ; ils n'avaient tiré aucun profit de cette thérapeutique.

L'échec de la médication révulsive s'explique assez bien, si on tient compte du siège profond de la lésion. Il faut agir sur le muscle contracturé et douloureux, l'application superficielle de la révulsion ne remplit pas ces conditions.

C'est pourquoi, en m'appuyant sur la physiologie pathologique de la maladie de Brodie, j'ai eu recours avec succès à l'injection épidurale de cocaïne dans les deux cas que j'ai observés.

Introduite par la voie sacrée, la cocaïne agit comme un analgésique qui se répandrait dans tout l'organisme et supprimerait ainsi la douleur dans les parties profondes comme dans les régions superficielles. C'est du moins de cette façon que Cathelin explique l'action de la cocaïne injectée dans le canal sacré.

Les résultats obtenus par cette méthode furent merveilleux. Le premier malade, victime d'un accident le 21 février 1901, m'est présenté le 24 janvier 1902 : je lui fais une pulvérisation de chlorure d'éthyle sur la région lombaire, et je lui injecte 3 cent. cubes d'une solution au 1/100e de cocaïne dans le canal sacré. Un quart d'heure après l'injection, il ne souffre plus, il est complètement redressé et se trouve soulagé à tel point que deux jours après il reprend son travail interrompu depuis près d'une année.

Le second malade est un ouvrier des mines d'Aniche, pris sous un éboulement au fond d'un puits en novembre 1901, je le vois le 30 avril 1903. Il reçoit en huit jours trois injections de 3 cent. cubes chacune de solution de cocaïne au 1/100 ; après la première injection la marche devient plus facile, le corps est presque redressé ; après la troisième, l'ouvrier est complètement guéri et reprend son travail au bout de quelques jours.

Le seul phénomène observé immédiatement après les injections fut une sudation abondante. Par mesure de précaution je maintenais les malades étendus sur une chaise-longue pendant une dizaine de minutes après l'opération.

Je ne nie pas l'influence psychique que peut exercer l'injection épidurale et j'admets très volontiers que tous les traitements sont capables de faire disparaître en quelques minutes les symptômes de l'hystéro-traumatisme, mais je crois bon de noter que les moyens habituellement appliqués en pareille circonstance n'avaient amené aucun résultat dans les deux cas observés par moi.

L'hydrothérapie tiède et froide, la révulsion, l'électrothérapie, la suggestion à l'état de veille, la persuasion et même la menace n'avaient abouti à rien.

Il est très admissible de penser que la cocaïne a fait cesser la contracture en supprimant la douleur ; le malade pouvant se redresser sans souffrance se trouve guéri par là même.

Voici maintenant, résumées, les observations des deux malades :

C... 19 ans, monteur mécanicien, reçoit sur la région lombaire, le 4 février 1901, une pièce de bois volumineuse qui, heureusement pour lui, l'entraîne dans un trou, de sorte que le madrier, d'un poids de plusieurs centaines de kilogs,ne l'écrase par complètement.

Il perd connaissance au moment de l'accident.

Ramené à lui il se plaint de douleurs vives au niveau de la région lombaire ; au bout de quelques jours il peut marcher, mais il reste courbé en deux, il lui est impossible de se redresser.

Le médecin chargé de le soigner applique à plusieurs reprises des pointes de feu, des vésicatoires qui restent sans effets. L'incapacité de travail est absolue. Le temps s'écoule sans modification notable. Je vois le malade le 24 janvier 1902. Il marche penché en avant, et se plaint de douleurs dans les reins dès qu'on le touche, ou qu'il cherche à se redresser. On relève les signes suivants de nature hystérique : plaque d'anesthésie cutanée de chaque côté du sacrum, abolition du reflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel.

L'état général est plus que médiocre ; le moral profondément touché.

En considérant les signes de nervosisme et l'absence de troubles de la marche, me rappelant en outre les deux malades présentés par MOTY à la *Société centrale de médecine du Nord,* je pense à la maladie de Brodie.

J'interviens comme il est raconté plus haut. La guérison du sujet fut complète.

M...,35 ans, de Somain, ouvrier mineur,travaillait au fond d'une fosse lorsqu'il fut pris sous un éboulement en novembre 1901. Il reste emprisonné jusqu'à ce que ses camarades viennent le délivrer. On le remonte sans connaissance. Lorsqu'il revient à lui il remarque que son corps est fléchi, le tronc est porté en avant.

Après avoir été maintenu au lit pendant plusieurs semaines, il se met à marcher avec l'aide d'une canne. Il se plaint de douleurs vagues dans les membres inférieurs.

Plusieurs médecins le voient, on lui applique à plusieurs reprises des pointes de feu, on le soumet à l'électrothérapie, aux douches, mais rien ne fait, si bien que sa situation, qui était stationnaire depuis dix-huit mois, allait être réglée par le tribunal de Douai, lorsque le malade me fut adressé.

M... marche courbé, on ne constate pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie sur un point quelconque du corps, les réflexes rotuliens sont exagérés ; il ne va à la selle qu'avec un purgatif. Le moral est fortement ébranlé, le malade pleure en racontant son histoire. L'état général est mauvais, le sujet a beaucoup maigri depuis un an.

La guérison est complète en huit jours après trois injections épidurales de cocaïne.

FAITS NOUVEAUX

Baccarani et **Plessl**, dans la *Riforma Medica* (avril 1903), ont essayé l'action tonique de la substance médullaire des capsules surrénales sur le tissu musculaire lisse avec l'intention de modifier l'atonie des parois stomacales : ils ont employé la préparation de Vassale dite « paraglanglina » extrait glycériné, 40 à 60 gouttes divisées en 4 à 8 doses. Sur 14 cas, ils ont eu deux cas d'intolérance manifeste : sueurs profuses, bouffées de chaleur, battements dans la région temporale, insomnie, et chez un malade atteint de carcinome de l'estomac il s'établit une douleur tenace dans le creux épigastrique. Les auteurs pensent que ces effets sont dus à une division trop faible de la dose ; ces effets alarmants ne subsistent pas et ne compromettent point l'amélioration de l'atonie gastrique qui diminuerait sous l'influence de cet extrait organique.

Dr BÉDART.

Consultations Médico-Chirurgicales

Érysipèle

Professeur F. COMBEMALE.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Chez un adulte, sans malaise préalable surviennent brusquement des frissons, des nausées, des vomissements, de la céphalalgie qu'accompagne une fièvre à 39-40 degrés. Puis, la fièvre continuant, dix, vingt, quarante heures après, s'aperçoit à l'orifice des narines,ou à l'angle de l'œil, ou à l'oreille une plaque rouge et sensible, qu'accompagne une adénite satellite douloureuse. Les jours suivants,

rouge sans intervalle de peau saine, rouge encore après pression, chaude, luisante, saillante et sèche, cette plaque reste fort douloureuse: elle ne se laisse pas plisser entre les doigts, donne la sensation d'épaisseur, et les bords sont limités par un bourrelet saillant, qui s'affaisse là où la plaque cesse de s'accroître; des phlyctènes, plus ou moins grosses, couvertes de croûtes jaunâtres, émaillent aussi parfois cette plaque. Un état suburral de la langue, de la constipation avec anorexie succèdent aux nausées du début. Pendant six à dix jours, la fièvre se maintient élevée avec une rémission matutinale; et la plaque s'étend, se déplace, déformant les oreilles, tuméfiant les joues, gonflant les narines, obturant les fentes palpébrales, envahissant le front, le crâne, et alors la douleur est particulièrement vive. Puis, graduellement ou brusquement, la fièvre tombe, la progression de la plaque s'arrête du même coup; une desquamation furfuracée se produit les jours suivants, les cheveux ou poils tombent, la peau reste épaissie un certain temps encore sur les points atteints. C'est l'*érysipèle de la face* de moyenne intensité.

II. Un alcoolisé, inconscient ou avéré, un cachectique, un convalescent de fièvre typhoïde est pris brusquement de fièvre avec nausées. L'apparition de ganglions douloureux précède ou accompagne la naissance en un point du visage d'une plaque rouge, à bords saillants, qui se couvre de phlyctènes, et se déplace rapidement vers le cuir chevelu ou va gagner le tronc et les membres. La céphalée est violente d'emblée; elle s'exagère encore à chaque territoire envahi, et se double d'une agitation, qui va jusqu'au délire bruyant et agressif, lorsque le cuir chevelu est envahi; de plus, dans les urines rares se rencontrent des quantités notables d'albumine, tant que dure la fièvre. C'est l'*érysipèle de la face à forme grave*, ambulant ou sans tendances ambulatoires. La gravité de l'infection et l'affaiblissement antérieur du sujet amènent fréquemment la mort.

Quelquefois, on peut croire l'érysipèle heureusement terminé, mais la fièvre se ravive et un nouvel érysipèle évolue, parfois sur les mêmes régions, prolongeant la durée à quinze et vingt jours, affaiblissant encore davantage le sujet, et préparant des complications pulmonaires, cardiaques ou rénales qui emportent le malade.

III. Quelques jours après un contact direct ou médiat avec une accouchée atteinte de fièvre puerpérale ou un blessé atteint d'érysipèle, un malade porteur d'une écorchure, légèrement traumatisé, ou encore un opéré, frissonne, fait une haute fièvre et voit sa plaie se flétrir, tandis que ses bords s'entourent d'une auréole rouge à bourrelet. En quelques jours, un état typhoïde à allures ataxo-adynamiques s'installe : sécheresse de la langue, accélération du pouls, prostation, délire, anémie, diarrhée, qui n'a guère d'autre issue que la mort du sujet. Ou bien la plaque érysipélateuse s'étale, s'étend, s'attarde en certains endroits pour y faire un abcès, pour créer un phlegmon gangréneux, ou une suppuration diffuse. C'est l'*érysipèle malin chirurgical*, maladie de plus en plus rare.

IV. — Une femme sur le retour, qui présente à l'état chronique sur la peau du visage une excoriation due à un eczéma chronique, à de l'herpès, ou une fissure sur la muqueuse d'une cavité naturelle, un ou quelques mois après un premier érysipèle, éprouve les mêmes signes de début, et réalise un nouvel érysipèle. La plaque caractéristique ne se propage pas beaucoup, la douleur est minime, la réaction ganglionnaire peu intense, la fièvre à peine appréciable. En quatre à six jours, tout est terminé. Mais à une nouvelle période menstruelle, une récidive se produira, et durant des années il en pourra être ainsi. C'est l'*érysipèle à répétition*, érysipèle habituellement très atténué.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — L'érysipèle est une maladie infectante, c'est-à-dire infectieuse et primitivement locale, mais susceptible de se généraliser et d'engendrer des complications multiples et graves. L'agent pathogène en est le streptocoque; de virulence atténuée et pénétrant dans l'économie par le système lymphatique, le streptocoque provoque localement la plaque caractéristique de l'érysipèle et la réaction de défense ganglionnaire, comme phénomènes généraux la fièvre et des troubles vaso-moteurs internes; de virulence exaltée et introduit dans le courant sanguin, il amène une pyohémie streptococcique, qui n'a plus d'autres rapports cliniques avec l'érysipèle que son origine.

Le streptocoque sans virulence est l'hôte inoffensif de nos téguments et de la plupart de nos cavités tant qu'ils sont en état de défense: mais son passage par les humeurs de l'homme en exalte la virulence; puisé à tel accès, à telle lymphangite qu'il a constitués, il se trouve posséder une virulence excessive. Aussi, si l'érysipèle est dans la très grande majorité des cas une maladie bénigne, personne ne peut dire à l'avance le pronostic de celui que l'on observe, pas plus qu'on ne peut affirmer ce que sera l'infection à naître de celle où elle a été puisée.

Ces notions de pathogénie conduisent à poser ainsi qu'il suit les conditions du traitement de l'érysipèle: Quelle que soit l'allure de l'érysipèle, 1° viser à atteindre spécialement le streptocoque; 2° intervenir sans retard; 3° prévenir la contagion, dont le malade pourrait être la source.

Mais le malade est aussi une source d'indications : la fièvre, le délire, l'ataxo-adynamie, les complications nées malgré le traitement spécifique appellent des moyens spéciaux, qui soutiendront l'économie dans la lutte entreprise contre l'agent infectieux.

TRAITEMENT. — Le médecin qui soigne un érysipèle doit d'abord s'efforcer de le guérir par un traitement spécifique, puisqu'il en existe un ; il tentera ensuite par un traitement symptomatique de pallier aux manifestations gênantes ; enfin il devra aussi en enrayer la propagation par des mesures de prophylaxie.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — De patientes recherches de laboratoire ayant permis d'obtenir avec certitude l'immunisation d'animaux contre l'infection streptococcique, le sérum des animaux vaccinés doit posséder un pouvoir préventif et curatif contre l'érysipèle, maladie à streptocoques. Depuis 1895, la démonstration en est faite, et le sérum antistreptococcique est utilisé avec succès chez l'homme.

Sérothérapie antistreptococcique. — Le sérum antistreptococcique est fourni par des chevaux auxquels on injecte dans les veines des cultures vivantes extrêmement virulentes de streptocoques, à doses graduellement croissantes et à intervalles assez éloignés ; il faut un an à un cheval pour devenir fournisseur de sérum. Une fois l'immunisation atteinte au degré recherché, — 1 gr. de sérum injecté préventivement doit empêcher un animal de 30 à 50 kilogs de succomber à une inoculation mortelle pour un témoin, — on recueille le sérum de ce cheval de quatre à cinq semaines après la dernière inoculation.

En France, ce sérum est produit par l'Institut Pasteur de Paris et se trouve en flacons de 10 c. cub. dans toutes les pharmacies, muni d'un timbre qui indique la date à laquelle il a été recueilli. Pour être employé sans crainte d'insuccès à lui imputable, le sérum doit être limpide, âgé de moins dun an.

Il ne sert qu'en injections hypodermiques. Avec la seringue de Roux stérilisée et refroidie et munie de son aiguille flambée, on puise à même le flacon la quantité jugée nécessaire et, après nettoyage de la peau, on l'injecte doucement, au flanc d'ordinaire ; puis on obture le siège de la piqûre avec du collodion iodoformé.

Il n'est pas de cas d'érysipèle, bénin ou grave, qui ne soit justifiable du sérum antistreptococcique. Quelque soit le siège de l'érysipèle, quel que soit l'âge du patient, le sérum devra être employé ; son efficacité sera d'autant plus grande que le diagnostic aura été plus précoce et l'injection plus hâtive.

La dose employée a aussi sa très grande importance. « **Il est impossible de dire la dose de sérum suffisante pour guérir un érysipèle** » MARMORECK. Il faut proportionner la dose à la gravité clinique de la maladie et **frapper d'autant plus fort qu'on intervient plus tard.** Néanmoins, comme le sérum est inoffensif, comme d'autre part un érysipèle commençant avec bénignité peut s'aggraver de façon inattendue, il vaut mieux injecter d'emblée 20 c. cub. de sérum et, le lendemain, 10 autres centimètres cubes. Cette pratique ne présente aucun inconvénient : car, si les doses sont insuffisantes, on peut, les jours suivants, en employer de nouvelles quantités pour atteindre au besoin un total de 150 à 300 c. cubes : Avec ces 30 c. cubes, bien des érysipèles d'intensité moyenne sont favorablement influencés.

Effets de la sérothérapie et résultats. — **Certainement, beaucoup de malades se seraient tirés d'affaire sans l'intervention du sérum, mais ils se seraient tirés d'affaire moins vite** (LANDOUZY). C est environ douze heures après l'injection que se produit le soulagement : céphalée et courbature s'atténuent, le sommeil revient : la fièvre baisse ainsi que le pouls : la plaque érysipélateuse pâlit, s'efface et commence à se desquamer, les ganglions se dégonflent. Vingt-quatre heures après, la fièvre doit être revenue à la normale et l'albuminurie disparue ; si cet effet n'est pas produit, il faut **faire une nouvelle injection de sérum, et y avoir recours chaque jour, jusqu'à ce que la fièvre cède complètement et sans retour.**

Intervenez précocement avec un sérum d'une force préventive élevée, et même dans les cas plus graves, vous avez 99 chances sur 100 de guérir votre malade, voilà ce que donne la statistique ; les traitements antérieurs donnaient 20 guérisons sur 100 cas.

Inconvénients de la sérothérapie. — Au point d'inoculation, de l'œdème et de la douleur peuvent persister un et plusieurs jours après l'injection ; des compresses tièdes amènent du reste le soulagement rapide. C'est le fait d'un sérum provenant d'une saignée faite trop hâtivement au cheval immunisé. De même cause, du reste, sont les éruptions diverses, urticaire, érythème, qui naissent de six à dix jours après l'injection. Ces éruptions, plus faciles pour certains sujets à peau irritable, sont de courte durée, de quelques heures seulement, et peuvent chez eux être évitées par l'emploi préventif du régime lacté.

Contrindications de la sérothérapie. — Toute l'expérimentation plaide en faveur de l'innocuité absolue du sérum antistreptococcique. Aussi, pas plus les albuminuriques que les diabétiques ne doivent être privés du bénéfice de la sérothérapie ; ils n'ont rien à craindre d'elles, ainsi qu'en témoignent les nombreux succès déjà obtenus.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Général ou local, le traitement symptomatique de l'érysipèle est

celui de la plupart des maladies infectieuses. Il n'a guère du reste à intervenir qu'à titre d'adjuvant, si la sérothérapie a été employée ; à défaut de sérothérapie, il reste le seul traitement à employer. Mais encore faut-il ne jamais oublier que « **il ne meurt que les érysipélateux qui sont traités** ». Chomel visait par ce mot les traitements intempestifs qui entravent le plein fonctionnement de viscères peut-être tarés, mais encore suffisants pour satisfaire aux exigences de l'assaut morbide.

Érysipèle à répétition. — La bénignité de cet érysipèle est la règle ; les réactions générales étant faibles, point n'est urgent de s'adresser à la fièvre. Le traitement local seul sera applicable.

Le soulagement de la tension au niveau de la plaque érysipélateuse sera obtenu par l'application de compresses trempées dans une **eau émolliente**, décoction de graine de lin, décoction de pavot, infusion de fleurs de sureau, qu'on renouvelle toutes les deux heures environ.

Mais, si l'on cherche à arrêter l'extension de l'érysipèle, c'est à l'**ichthyol**, intus et extra, qu'il faut s'adresser. Avec la pommade

Ichthyol.........	āā 10 gr.
Lanoline........	

on pratique plusieurs onctions par jour du bourrelet et l'on termine par un pansement occlusif constitué par une épaisse couche d'ouate ; en même temps, l'ichthyol est administré à raison de XX gouttes par jour d'une solution a 1 pour quatre d'eau distillée.

Une tisane diurétique, parfois un léger purgatif salin, au cas de saburres de la langue, complètent le traitement habituel de cet érysipèle atténué.

Erysipèle de la face franc. — Type de la maladie infectieuse de moyenne intensité, l'érysipèle de la face, chez l'individu jeune et exempt de toute tare, n'a, en réalité, pour traitement qu'une expectation plus ou moins déguisée.

Etat du tube digestif. — Dès le début, l'état du tube digestif incite à la thérapeutique évacuante; les nausées et l'état saburral de la langue appellent un vomitif, et l'**ipéca**

Poudre d'ipéca.....	1 gr. 50
Sirop d'ipéca......	30

à prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle, dans un verre d'eau tiède.

est tout indiqué. Plus tard, la constipation exigera un purgatif, tel

Sulfate de magnésie......	30 gr.
Eau	250 gr.
Sirop de limons..........	50 gr.

à prendre en deux fois à demi-heure d'intervalle

ou une limonade Rogé, ou son homologue le champagne de Chalandrey.

Fièvre. — L'intensité de la fièvre sera souvent telle qu'un antithermique est de mise. Le **sulfate de quinine**, bien que toujours prescrit, n'aura pas le résultat attendu, même à 1 gr. 50 par jour. L'**aspirine**, l'**antipyrine** à raison de 2 et 4 grammes en cachets d'un gramme, seront bien plus efficaces ; c'est ce qu'il faut prescrire tout le temps que dure l'hyperthermie ; les sudations que leur emploi entraîne ne sont pas à redouter dans l'espèce.

Traitement local. — Les migrations de la plaque érysipélateuse, on doit tenter de les enrayer par la thérapeutique locale. Nombreux sont les **antiseptiques** que l'on peut utiliser dans ce but ; il est malaisé toutefois de déterminer si la rétrocession observée est bien due à ces topiques.

L'injection de trois à quatre centimètres cubes d'une solution à 3 pour cent d'**acide phénique** dans l'épaisseur de la plaque, les badigeons avec une solution alcoolique saturée d'acide phénique sur le bourrelet et en dehors du bourrelet et en enlevant l'excès de solution avec un linge dès que la surface blanchit, les compresses phéniquées à 3 pour cent en application permanente sont des moyens inutiles et dangereux qu'il faut rejeter. Rejetez de même les **applications boriquées,** sans valeur. Parmi les préparations mercurielles, la plus anciennement connue est la moins mauvaise, bien que d'un maniement désagréable; l'**onguent napolitain** sera étendu sur la plaque et en dehors de la plaque sur une mince épaisseur et renouvelé au moins tous les jours; on évitera d'approcher de trop près les orifices naturels et on recouvrira d'un pansement exclusif. Les compresses imbibées d'une solution de **sublimé** à 1 pour deux mille, les injections interstitielles au centre de la plaque ou sur la périphérie avec la même solution sont passibles des mêmes reproches que l'acide phénique ; les pulvérisations éthérées de sublimé suivant la méthode de Talamon sont trop facilement caustiques ; les pulvérisations chaudes de liqueur de Van Swieten six à huit fois par jour pendant une demi-heure ne doivent au contraire pas être rejetées.

Il faut continuer à préférer l'**ichthyol**, employé comme il a déjà été dit ; au besoin la **créoline** iodoformée

Créoline..................	1 gramme
Iodoforme.................	1 »
Lanoline..................	10 »

en pommade ou la solution à 1 pour dix **de salicylate de soude** pourraient suppléer l'ichthyol. Mais **ne comptez pas du tout sur le traitement mécanique ou compressif** : bandes de diachylon, collodion, traumaticine, même traumaticine ichthyolée, pour limiter la marche de la zone érysipélateuse.

Au total, avec tous ces moyens, si vous ne réussissez pas à abréger le cycle de la maladie, vous pourrez soulager le malade.

Erysipèle de la face grave : a) DES INTOXIQUÉS OU INFECTÉS. — L'ataxo-adynamie domine chez ces sujets intoxiqués ou déjà infectés qu'un érysipèle surprend et terrasse ; ce seront les toniques du système nerveux, qu'il faudra mettre en œuvre avant tout.

Excitation. — Contre l'excitation de alcoolisés, pour qui l'érysipèle est une occasion de faire du delirium tremens, donnez l'**opium**, si le sujet est jeune, le **chloral**, si le sujet est vieux ; **permettez l'alcool** sous forme de champagne ou de potion de Todd, car ce n'est pas le moment de les sevrer de leur excitant habituel.

Délire. — Lorsque l'excitation se double d'un délire agissant chez l'alcoolisé, ou lorsque la carphologie se met de la partie chez un convalescent, c'est au **bain froid** qu'il faut s'adresser ; pendant quelques minutes, plongez-le dans de l'eau à 20-25° ; qu'il réagisse bien au sortir du bain et le calme surviendra pour plusieurs heures ; on répétera le bain de deux à quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Ces réactions nerveuses font invinciblement penser à des manifestations méningées, mais l'amélioration rapide par le bain froid de ces phénomènes nerveux graves rétablit le diagnostic.

b) DES TARÉS. — Lorsqu'il existe au cœur, au rein, au foie une tare connue ou latente, le danger pour l'érysipélateux est grand. **Ne rien prescrire qui puisse entraver le fonctionnement de ces viscères**, que malmène suffisamment déjà l'infection érysipélateuse, telle est la ligne de conduite.

Une cardiopathie antécédente exigera les toniques cardiaques, 1 gr. de **caféine** en injections hypodermiques, 2 à 4 centimètres cubes d'**huile camphrée** au dixième sous la peau par jour.

L'albuminurie préexistante recevra de l'érysipèle un coup de fouet énorme : le **régime lacté** absolu et intégral s'imposera, avec des **ventouses** et même la saignée au cas de phénomènes urémiques intercurrents.

L'existence d'un foie insuffisant inclinera la thérapeutique aux purgatifs **cholagogues** et au régime lacté aussi.

Le diabétique sera particulièrement exposé, sans que rien de bien spécial, autre que les toniques, **quinquina, kola,** puisse être conseillé.

Chez les intoxiqués, comme chez les tarés, la lésion locale passe au second plan ; et, dans cet ordre d'idées, la **protection ouatée** après le topique à l'**ichthyol** paraît le dernier mot de la thérapeutique locale.

Érysipèle malin chirurgical. — La septicémie streptococcique que représente ce type d'érysipèle est particulièrement grave. L'état clinique typhoïde qui s'offre au clinicien sera combattu par les mêmes moyens que l'érysipèle grave : l'excitation par le chloral ou l'opium, le délire et la carphologie par les bains froids, la dépression générale par les toniques.

État infectieux. — Quant à l'infection, si le sérum antistreptococcique n'est pas employé, — et, quoi qu'on ait contre ce moyen, dans ces cas graves, c'est la planche de salut unique —, elle demande autre chose que tous ces moyens de traitement symptomatiques. Il faut tenter de l'injection hypodermique ou intra-veineuse de **sérum salé**, lavage du sang à doses fractionnées dans le premier cas, à grand effet immédiat dans la seconde. Chaque sujet comporte ses indications secondaires pour choisir l'injection hypodermique ou l'injection intraveineuse, suivant l'état du rein et la résistance du myocarde ; mais **deux litres et plus par jour de ce sérum sont loin d'être un chiffre excessif**. L'injection peut et doit être répétée plusieurs jours consécutifs.

Suppuration. — La survenue d'abcès, de phlegmons gangréneux, appellera l'incision hâtive et les pansements antiseptiques prolongés. Que si l'érysipèle est ambulant, se déplaçant sans cesse, la thérapeutique locale, déjà difficile dans l'érysipèle chirurgical, devient encore plus ardue et aléatoire. L'ichthyol et le pansement occlusif le poursuivront partout où se réfugiera le placard érysipélateux.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — La prophylaxie de l'érysipèle visera à protéger le malade contre lui-même, car les récidives sont souvent fréquentes ; elle tâchera aussi de protéger les autres contre le malade.

Prophylaxie des récidives. — Le point de départ des érysipèles à répétition réside dans les dermites chroniques, les suppurations d'origine buccale, nasale, oculaire, auriculaire préexistantes, connues ou inconnues. Aussi une fois un érysipèle terminé, il sera du devoir du médecin de signaler au patient que pour éviter une récidive ces diverses affections doivent être soignées : les placards d'eczéma chronique rétro auriculaire, les fissures labiales, la dacryocystite, etc., seront traités avec le plus grand soin ; certaines habitudes bizarres, telles que priser du tabac, si elles sont soupçonnées d'entretenir des ulcérations nasales, seront déconseillées.

Prophylaxie proprement dite. — L'érysipèle est contagieux, directement et indirectement, par ses squames peut-être, par le liquide de ses phlyctènes, et par les sécrétions certainement.

Aussi l'**isolement** de l'érysipélateux est-il nécessaire durant toute la durée de la maladie.

Aussi la **désinfection** des vêtements, de son linge, des objets qui lui ont servi pendant sa maladie, de ses déjections, la désinfection de sa chambre est-elle à recommander.

Il faut noter que c'est faire de la prophylaxie, —

et la meilleure, — en même temps que le traitement curatif que d'employer la **sérothérapie antistreptococcique**, puisqu'on restreint l'exanthème au minimum de durée et d'efflorescence.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 Juin 1903

Présidence de M. SURMONT, vice-président.

Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale (maladie de Launois et Bensaude)

M. **Ingelrans** présente un homme de trente-neuf ans, de bonne santé habituelle, qui a vu se développer, il y a un an, deux masses lipomateuses siégeant symétriquement derrière les apophyses mastoïdes. Plus tard, d'autres tumeurs symétriques se sont produites à l'angle de la mâchoire, au bord inférieur du grand pectoral, au niveau des grands droits de l'abdomen, dans la région lombaire, au devant du tragus, etc. Ces masses sont assez volumineuses et absolument indolentes, de consistance molle et à accroissement progressif. Le diagnostic de la maladie de LAUNOIS-BENSAUDE s'impose ici comme dans la plupart des cas. La nature bénigne des tuméfactions, leur consistance, leur siège, etc., ne permettent point d'autre diagnostic. Des lipomes vrais seraient circonscrits et encapsulés ; le lymphadénome se distingue par la consistance des tumeurs, les douleurs, les troubles fonctionnels et généraux et la marche envahissante. Quant à l'adéno-lymphocèle, on ne l'a jamais observé à la nuque.

M. **Ingelrans** insiste sur la rareté relative de l'adénolipomatose dont on n'a publié qu'une centaine d'observations. Il rappelle qu'elle doit correspondre au névrome plexiforme de VERNEUIL. Tout parle en faveur de son origine ganglionnaire. Le siège un peu particulier de plusieurs tumeurs s'explique, si l'on se rend compte qu'il existe normalement de nombreuses glandes lymphatiques non décrites par les anatomistes. — L'examen du sang du malade sera pratiqué ultérieurement. Le traitement thyroïdien mériterait d'être essayé, ainsi qu'on l'a proposé dans cette singulière affection.

M. **Charmeil** dit que le diagnostic ne saurait être mis en doute. La maladie de HODGKIN seule a pu parfois prêter à confusion, mais la marche et les complications permettent rapidement son élimination.

M. **Drucbert** a vu, il y a quelques années, un homme atteint d'adéno-lipomatose qu'il a perdu de vue depuis lors.

M. **Combemale**, comme moyen thérapeutique, propose, chez ce malade, l'emploi des rayons X. Depuis quelque temps, divers observateurs se sont aperçus que ces rayons traversent la peau pour aller fondre les tumeurs malignes profondément situées. Peut-être agiraient-ils encore plus facilement sur des néoplasmes bénins.

M. **Charmeil** répond que les auteurs américains déclarent que ces rayons n'agissent que sur les tumeurs malignes. Dans l'adéno-lipomatose, les tumeurs subissant souvent des alternatives d'accroissement et de régression, on s'exposerait à croire à des guérisons factices ou, au contraire, à se voir accusé d'aggravations survenues spontanément.

Luxation de la hanche non réduite datant de 57 ans

MM. **Raviart** et **Caudron** (d'Armentières) présentent des pièces se rapportant à ce cas (*Sera publié*).

M. **Oui** dit que cette atrophie s'observe dans les luxations non réduites du jeune âge et s'étend au bassin. Il serait intéressant d'avoir ici le bassin en entier.

Polype de l'œsophage

M. **Bréhon** présente un polype œsophagien (*Sera publié in-extenso*).

M. **Folet** croit que l'étiration du pédicule devait permettre à cette tumeur de siéger dans l'estomac, car il lui paraît difficile de croire qu'elle séjournait dans l'œsophage sans plus de signes fonctionnels.

M. **Surmont** croit, au contraire, qu'il n'atteignait pas l'estomac. Il a dû se faire une adaptation progressive de l'œsophage, une dilatation suffisante pour loger, sans grands troubles, ce corps étranger malgré son volume considérable.

M. **Verdun** croit que le polype eût été digéré, s'il avait eu un siège gastrique, à moins d'une sécrétion défensive spécialement sécrétée par l'épithélium.

M. **Bréhon** dit que M. GAUDIER a vu un polype de ce genre beaucoup plus petit au début de son évolution. L'extirpation en a été pratiquée.

M. **Le Fort** rappelle que toutes les tumeurs bénignes du pharynx et de l'œsophage se pédiculisent. Celle-ci devait siéger dans l'œsophage dilaté. L'œsophage tolère bien de pareilles masses, puisque GIRARD, de Genève, propose de retourner en doigt de gant les diverticules œsophagiens pour les amener dans l'œsophage même.

Résection du genou

M. **Folet** présente une pièce de résection du genou recueillie un an après l'opération. Quoique les os n'aient été fixés par aucune suture, ils sont absolument et complètement soudés. La substance spongieuse des condyles fémoraux se continue sans aucune ligne de démarcation avec celle de la tubérosité tibiale. C'est un beau résultat d'ankylose fémoro-tibiale. Les deux os n'étaient pas absolument rectilignes ; l'axe du tibia faisait avec le fémur un léger angle à sinus postérieur et était de plan incliné en *genu varum* minime. Toutefois cela constituait un membre qui semble avoir dû être utile.

Eh bien, la malade n'a jamais marché dessus. Ce n'est pas, comme vous pourriez le penser, une maladie intercur-

rente qui en enlevant la patiente, m'a livré cette pièce. Non, la malade se porte bien. Mais, malgré la consolidation osseuse, lassée par des fistules interminables et sans cesse renaissantes, elle a fini par solliciter l'amputation. Et l'autopsie du membre sacrifié nous a montré que ces fistules n'aboutissaient pas, comme on le pensait, à des lésions bacillaires du fémur ; c'étaient des tuberculoses des parties molles, l'os était intact.

M. Folet raconte l'histoire de cette malade et fait suivre l'observation de quelques considérations sur les indications comparées des résections et des amputations au point de vue de l'âge, de la condition sociale, des milieux hospitalisés. *(L'observation complète sera publiée).*

Sarcome du pharynx

M. **Le Fort** lit une observation sous ce titre *(Sera publiée).*

Obstruction intestinale par calcul biliaire

M. **Surmont** présente un volumineux calcul de cholestérine, provenant de l'intestin d'une malade qui commença d'abord à présenter une fièvre à type rémittent. Le diagnostic était malaisé entre la fièvre biliaire rémittente et le paludisme. Malgré l'examen du sang, la constatation d'un foie gros et peu douloureux, le diagnostic était très difficile. Il n'existait point d'ictère, mais on connaît assez les angiocholites anictériques. Petit à petit, on arriva au diagnostic de fièvre intermittente hépatalgique dont voici la courbe avec une température relevée six à huit fois par jour. La malade succomba, malgré l'intervention chirurgicale, à une obstruction intestinale par un calcul gros comme un œuf, formé de cholestérine.

M. **Charmeil** dit que ces calculs biliaires peuvent être expulsés par défécation quand la vésicule s'abouche dans le gros intestin. Audry a rassemblé quelques cas heureux de ce genre. Parfois, la lithiase biliaire n'a donné aucun symptôme antérieur et on a pu croire à des calculs intestinaux, tant l'origine hépatique est parfois improbable.

M. **Le Fort** rappelle qu'à la Société de chirurgie, on a conclu que d'ordinaire le diagnostic de la cause d'occlusion est impossible, car les coliques hépatiques font défaut ; en outre, que l'intervention opératoire est toujours des plus graves, même avec un calcul petit, car l'anse intestinale en contact avec lui se perfore toujours.

M. **Folet** a opéré un cas de ce genre. Le calcul était de la dimension d'une noix. L'opéré est mort après intervention.

M. **Surmont** ajoute qu'en effet on n'observe jamais de coliques hépatiques précédant ces obstructions calculeuses de l'intestin.

Narcolepsie d'origine asystolique

M. **Ingelrans** présente le cœur et les poumons du malade que M. G. Gérard a montré le 8 mai dernier. Il s'agissait de narcolepsie d'origine inconnue ; pendant le séjour que cet homme fit à l'hôpital, on constata chez lui de la bouffissure de la face et de l'œdème des conjonctives. Le foie était gros : il existait une albuminurie intermittente et notable. Le malade mourut subitement. L'autopsie montra un poumon gauche entièrement adhérent de partout par adhérences pleurales généralisées de ce côté. Ce poumon était chroniquement enflammé, présentant une sclérose pleurogène des plus accentuées. Il en était résulté une dilatation du cœur droit, avec insuffisance tricuspide relative. L'hypertrophie ventriculaire droite est fort prononcée, mais le cœur est gras. Il a dû fléchir tout-à-coup. Foie cardiaque cirrhotique, congestion rénale. Laryngite tuberculeuse ulcéreuse, d'où la dysphonie qu'on avait notée chez le sujet.

Dans l'asystolie avec congestion passive du cerveau, les malades tombent dans un état de somnolence par manque d'oxygène (Potain). Ils ont de la propension au sommeil (Parrot), mais la narcolepsie n'est pas souvent observée. Dans la *Semaine médicale* de 1893, Féré décrit pourtant cette narcolepsie d'origine cardiaque dans son article sur le sommeil paroxystique. C'est à cette variété que l'on a eu ici affaire. Le diagnostic était rendu très ardu par l'absence de souffle xyphoïdien et l'absence de pouls veineux jugulaire vrai, les valvules jugulaires étant restées suffisantes.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur Vanverts, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de chirurgie de Bucharest (Roumanie). Nous lui adressons nos sincères félicitations.

Soutenances de Thèses

M. L. Barbry, d'Armentières (Nord), a soutenu, avec succès, le jeudi 2 juillet, sa thèse de doctorat (6e série, n° 139), intitulée : **De l'ostéomyélite pubienne des adolescents.**

— M. E.-J.-H. Loubry, du Cateau (Nord), interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, a soutenu, avec succès, le samedi 4 juillet, sa thèse de doctorat (6e série, n° 140), intitulée : **Contribution à l'étude des fibromes de la paroi abdominale.**

Notre Carnet

Le 22 juin 1903, a été célébré, à La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne), le mariage du docteur Georges Dorion, de Rue (Somme), avec Mademoiselle Gabrielle Masson. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs souhaits de bonheur.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 339. Septième Année. N° 28 Le Numéro : **10** centimes 12 Juillet 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un hôpital d'enfants à Madrid
(HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS)

par le docteur **Gaudier**, professeur agrégé.

Nous venions de visiter l'Hôpital provincial de Madrid, son annexe l'hôpital des cliniques (1), et l'aimable interne qui nous avait guidés dans cette visite nous dit en nous reconduisant : « Vous devriez aller voir l'hôpital d'enfants qui s'élève derrière le jardin du Buen Retiro, vous y trouverez là une installation tout à fait remarquable à tous les points de vue et surtout très moderne ». Nous avions, en effet, besoin de voir une installation médicale un peu moderne ; car l'hôpital provincial, situé Calle de Santa Isabel, près la gare du Midi, représente le type parfait de ces vieux hôpitaux casernes à deux ou trois étages modernisés par des ascenseurs reliant les étages et qui peuvent contenir, empilés dans des salles immenses de près de cent cinquante lits, plus de 1.300 malades.

Un seul fait démontre l'étendue de cet hôpital, quand on saura que le service y est fait par 24 professeurs titulaires, 12 chefs de cliniques, 98 internes et 2 pharmaciens ; 94 sœurs de charité, 113 infirmiers et 36 infirmières, assurent le service matériel.

Dans cet hôpital il n'y a vraiment de très soignée que l'installation des deux salles d'opérations, l'une au rez de chaussée, pour les opérations d'urgence, l'autre au second étage et commune à tous les services de chirurgie ; toutes deux vastes, bien éclairées, munies de l'appareil le plus moderne, table de Doyen, lavabos de Flicoteaux, stérilisateurs combinés pour l'eau et pour les pansements, fonctionnant par la vapeur sous pression, et enfin, arsenal chirurgical très complet, renfermé dans des armoires vitrées et provenant presque complètement de nos grands fabricants parisiens, Collin, Luer, etc.

Nous pûmes voir aussi, en passant, une petite salle d'opérations annexée à la Clinique des maladies des voies urinaires et située au fond de la salle, dans une sorte de petit window. Dans les jardins de l'hôpital

(1) L'Hôpital clinique de la Faculté de médecine, relié par un passage vitré à l'hôpital provincial, comprend deux sections absolument séparées, hommes et femmes, répartis en infirmeries de 10 à 24 lits chacune. La section d'hommes comprend deux cliniques chirurgicales, deux cliniques médicales ; la section de femmes, une clinique chirurgicale, deux cliniques médicales, une clinique obstétricale. En tout près de 240 malades.

existe un bâtiment neuf très bien compris, servant à la fois de laboratoire des cliniques, de musée anatomique, de cabinet d'autopsie et de dépôt de cadavres. Son distingué directeur, le docteur Antonio Mendoza, sachant que nous venions de Lille, nous demande immédiatement des nouvelles de CALMETTE, de l'Institut Pasteur, nous priant de le rappeler à son souvenir.

Le lendemain nous partîmes un peu tard, malheureusement, vers les onze heures (ce qui nous empêcha de voir le personnel médical, déjà parti), pour aller visiter l'hôpital d'enfants. Il est situé assez loin du centre de Madrid, car, pour y arriver, il faut, partant de le Puerta del Sol, descendre toute la rue d'Alcala et traverser, dans sa plus grande largeur, le parc de Madrid, le jardin du Buen Retiro. Ce parc, bien tracé dans son ensemble, planté de très beaux arbres, et qui présente de belles allées carrossables où se donne rendez-vous, soir et matin, la haute société de Madrid, n'est pas également soigné dans toute son étendue. En effet, lorsqu'on arrive vers la porte par laquelle on sort pour se rendre à l'*Hospital del niño Jesus*, on est étonné de voir les décombres, les tas d'ordures qui encombrent les massifs, les ornières qui sillonnent les allées secondaires et l'aspect pelé et sec de cette partie du parc. L'hôpital se trouve dans un terrain vague, en bordure d'un boulevard désert, Ronda de Vallecas, où passe une ligne de tramways électriques à trolley qui permettra, quand elle fonctionnera, de rentrer en ville assez facilement.

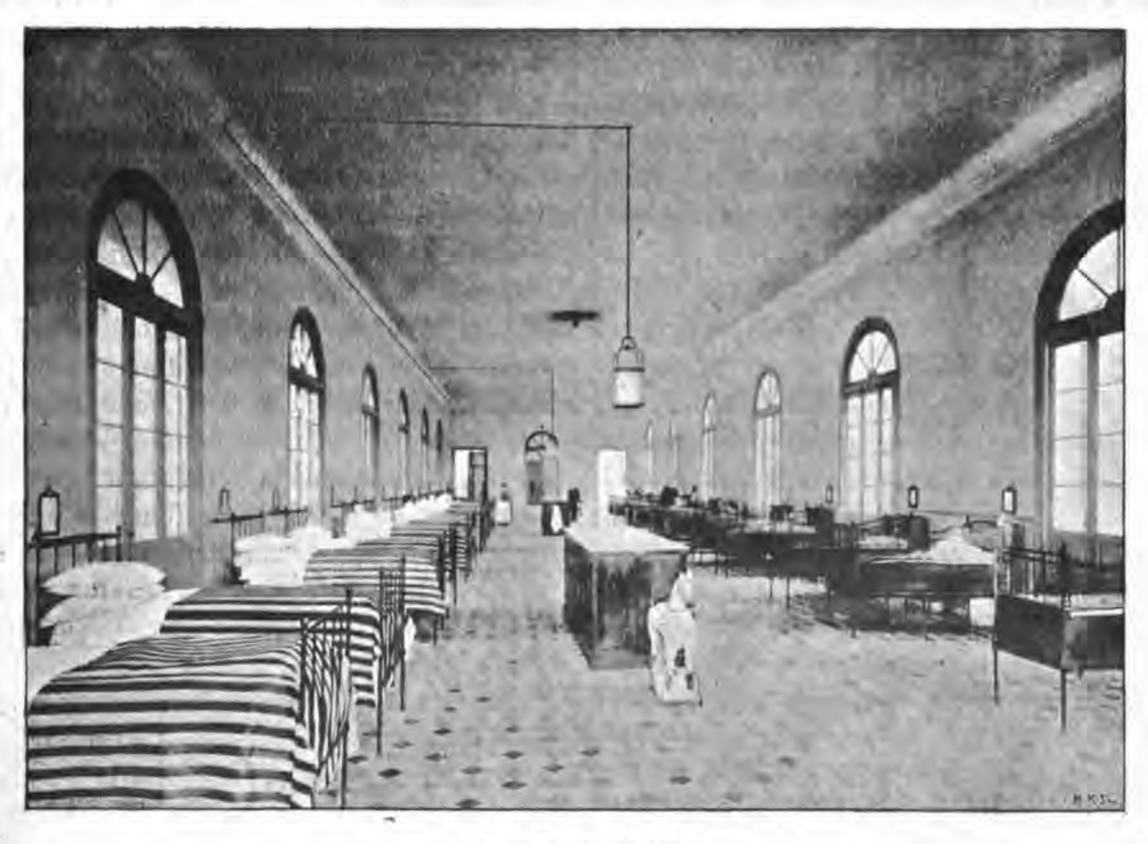
A côté de l'hôpital se trouve une petite gare d'un chemin de fer de banlieue aux wagons antiques et sales, puis le terrain s'abaisse, formant une petite vallée sans arbres ni verdure absolument caractéristique de la campagne des environs de Madrid.

Extérieurement, l'hôpital se présente bien, avec son perron, sa grille, ses soubassements de pierre de taille, ses cordons de briques polychrômes, et ses jardins assez verdoyants. Il se compose essentiellement d'un bâtiment central et de deux ailes. Ce bâtiment central, lui-même, émet sur la façade qui regarde le boulevard, trois prolongements, un médian, la chapelle, deux latéraux ou sont installées les consultations gratuites de chirurgie, de médecine infantile, d'ophtalmologie et quelques autres services annexes tels que la salle de garde des médecins et des « practicantes ». Les deux ailes principales, élevées d'un étage, sont destinées aux salles de malades. Après avoir remis notre carte au portier, nous pénétrons dans un grand couloir central qui va d'un bout à l'autre du rez-de-chaussée, très monumental, dallé de marbre, et nous apercevons, presque devant la porte de la pharmacie, un groupe de sœurs de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul. Notre camarade VERDUN apprêtait déjà son meilleur espagnol pour obtenir de ces sœurs quelques renseignements et le droit de visiter l'hôpital, quand nous fûmes agréablement surpris de nous entendre interpeller en excellent français par l'une d'elles, grande, un peu osseuse, à tournure masculine, qui se nomma : la Sœur HÉBERT, Supérieure de la Maison. Nous ne pouvions tomber mieux, en l'absence du personnel médical déjà parti, à notre grand regret. Elle s'offrit de la manière la plus aimable à nous guider dans notre visite et nous donna séance tenante toutes les explications possibles concernant l'histoire de l'hôpital, son fonctionnement, son but.

L'hôpital fut construit de 1880 à 1882 ; c'était, au début, une fondation particulière de Dona Maria Hernandez, Duchesse de Santona, Marquise de Manzanédo. Après avoir d'abord elle-même versé près de la moitié de la somme nécessaire à l'édification des bâtiments, elle obtint les fonds nécessaires pour l'achèvement et le fonctionnement de l'hôpital, soit par des dons particuliers, soit par une souscription nationale et par l'autorisation d'une loterie spéciale. La loterie, en Espagne, est une institution d'Etat et le peuple y joue avec la même ardeur que les Français lorsqu'il s'agit des courses de chevaux et du pari mutuel. A propos de cette loterie, la sœur Hébert nous signala un détail tout à fait réjouissant et bien typique : Après avoir autorisé la loterie, le Gouvernement en prit vite ombrage, car elle empêchait certains capitaux de venir s'égarer dans les caisses de la loterie nationale ; aussi fit-on demander à la Duchesse de Santona, au bout de quelques années, combien sa loterie lui rapportait. Celle-ci ne voulant avouer le chiffre véritable, qui dépassait plus de 100.000 pesetas, pour ne pas attirer l'envie du Gouvernement, répondit : la loterie rapporte à peu près 75.000 pesetas. Le Gouvernement, immédiatement, lui fit la proposition suivante : nous allons, chaque année, inscrire au budget, l'*Hospital del niño Jesus* pour une somme de 75.000 pesetas, mais en revanche nous supprimons la loterie. Ce fut un rude coup pour l'hôpital et dont on ne put le relever qu'en le plaçant



Façade principale sur la Ronda de Vallecas



Une Salle de Malades

sous le patronage du Comité provincial de bienfaisance. Ce Comité provincial (*Conta de beneficienza*), dont le siège est Callé Amor de Dios, est une institution tout à fait particulière ; c'est une œuvre absolument privée. Il existe plusieurs Contas : contas de Messieurs, contas de Dames ; une de ces dernières a même pour Présidente lá princesse Christine, sœur du Roi. La Conta de l'hôpital de l'Enfant Jésus a comme Président de droit le Gouverneur de Madrid et comme Président effectif le Marquis de Quijo. Elle se compose de membres de la haute aristocratie madrilène et elle détache régulièrement plusieurs d'entre eux qui ont pour mission d'inspecter et visiter très régulièrement l'hôpital, notant les demandes faites par le corps médical ou par la supérieure et à chaque visite laissant une certaine somme d'argent destinée à compléter celle qui provient du gouvernement central ; cette somme peut varier de 15 à 20 000 pesetas par an.

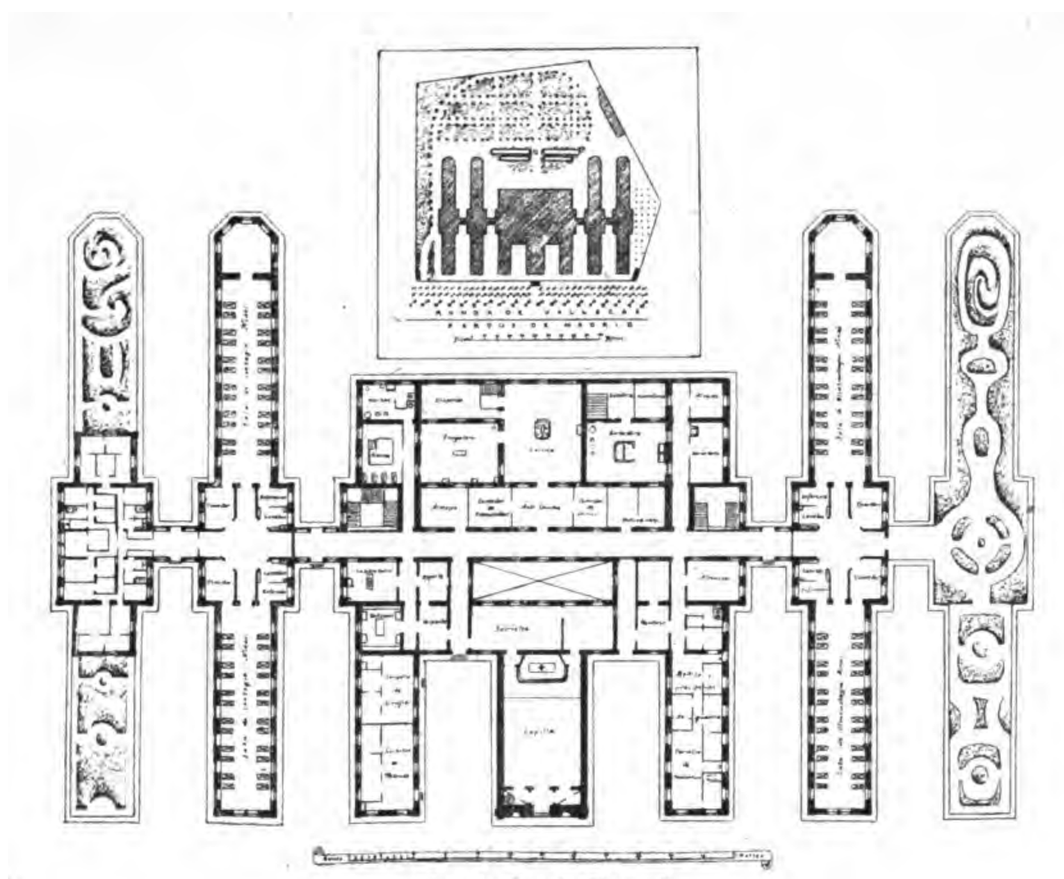
Mais, tout en parlant, nous visitions le rez-de-chaussée, la cuisine, propre, brillante, pourvue d'appareils à chauffage à la vapeur, aussi nette qu'une salle d'opérations, puis c'était la pharmacie, puis l'église avec sa richesse décorative si espagnole et de si mauvais goût, puis, aux deux ailes quatre grandes salles de malades. Dans l'aile droite, le service d'ophtalmologie, dirigé par le professeur Cauce ; l'aile de gauche renfermant un service de médecine, inutilisé actuellement. Toutes ces salles se ressemblant, en décrire une, c'est les décrire toutes : hautes, longues de 25 m. larges de 9, très éclairées par de larges baies et ne présentant aucun meuble inutile, le sol est carrelé de carreaux de couleurs formant desseins gais à l'œil. Tous les angles sont arrondis, les murs ripolinés, la ventilation se fait par le haut de la salle : les lits sont très simples, rangés par paires et au nombre de vingt-quatre par salle ; ils sont en métal et recouverts pour la plupart de couvertures en bourre de soie aux couleurs claires et gaies. A la tête du lit se trouve une tablette ; une pancarte pendue indique le nom du malade et la nature de la maladie. Les lits des petits enfants sont d'un modèle un peu spécial : de chaque côté existe, en effet, pour les empêcher de tomber, une sorte de grillage métallique qui enferme l'enfant comme dans une cage ; ce grillage, par un simple mouvement de charnières, se rabat très facilement et permet par conséquent de faire le lit et de procéder aisément à l'examen de l'enfant sans avoir à plonger par dessus le bord. Les fenêtres n'ont pas de rideaux ; dans le service d'ophtalmologie, les vitres sont peintes en bleu, ce qui donne à la salle une couleur toute particulière et empêche la grande lumière de fatiguer les yeux des petits malades.

A chaque salle et près de la porte d'entrée sont annexées une petite salle à manger, une chambre pour l'infirmière, et une salle renfermant les lavabos, les baignoires et les water-closets. Nous avons particulièrement remarqué les water-closets, tout petits, faits pour les enfants, très bas sur sol, munis de chasse d'eau. Le tout à l'égout est appliqué à l'hôpital. Tout en visitant nous interrogions, et la sœur Hébert nous disait que l'on pouvait hospitaliser 200 enfants, mais qu'en raison du maigre budget actuel, il n'y en avait guère qu'une centaine, répartis dans trois services : médecine, chirurgie et yeux, où on les reçoit de dix-huit mois à quinze ans, il existe aussi quelques chambres particulières à 10 pesetas par jour.

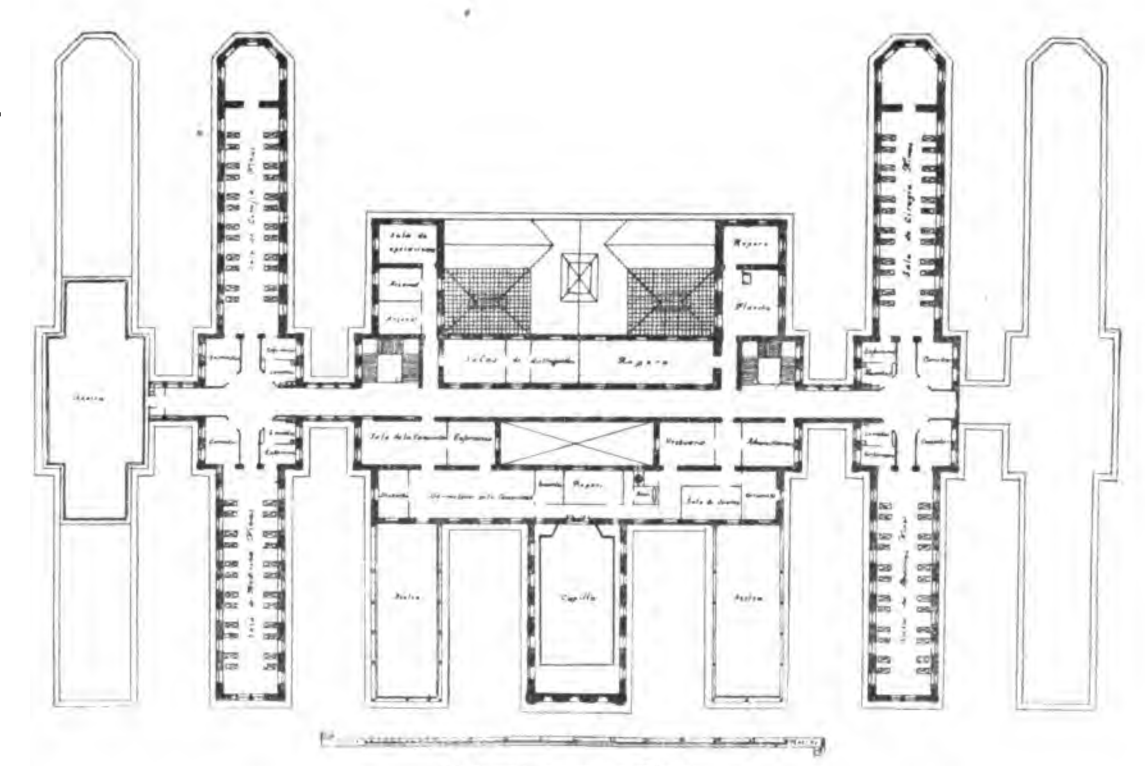
Le service, disait-elle, est assuré par trois médecins, l'un, le docteur Ribera, chirurgien, aux appointements de 3.000 pesetas, le médecin, le docteur Figueroa, agrégé de la Faculté, et l'ophtalmologiste, le docteur Cauce, n'ayant que 2.000 pesetas d'appointements. Le service de garde est particulièrement bien assuré ; tous les jours sont nourris et logés, pendant vingt-quatre heures, un médecin de garde appointé à mille pesetas et un interne, touchant seulement 500 pesetas. Il y a quatre internes qui assurent ce service à tour de rôle, mais d'autres médecins bénévoles et des practicantes suivent la visite et aident médecins et chirurgiens au besoin.

Nous allions monter au premier étage, mais auparavant la sœur Hébert tint à nous montrer la lingerie, avec ses belles boiseries, sa propreté méticuleuse et le bel appareil des vêtements et du linge harmonieusement entassés en hautes piles sur les rayons. Et la sœur nous disait qu'à tout enfant entrant à l'hôpital on donnait un costume et un trousseau spécial, véritable tenue d'uniforme ; pendant son séjour à l'hôpital, les habits que portait l'enfant à son entrée sont désinfectés, nettoyés, raccommodés et, s'ils sont trop misérables, remplacés.

Entrant dans une petite salle annexée au vestiaire, nous ne fûmes pas peu surpris d'y trouver une riche et curieuse collection de jouets d'enfants, jouets articulés pour la plupart, vêtus de riches soieries et certainement de grande valeur marchande. C'étaient des cavaliers montés, des polichinelles, des arlequins, des



Plan du Rez-de-Chaussée



Plan du premier Etage

prestidigitateurs, des chevaux tout harnachés. Nous avions devant nous, à ce que nous dit la sœur, les anciens jouets du Roi. La Reine mère, chaque année, avait pris l'habitude, au nouvel an, d'apporter pour les enfants de l'hôpital les riches jouets donnés dans l'année à son fils et qui, presque intacts, étaient encore très présentables. Ces jouets, dans la pensée de la Reine, devaient rester dans les salles de malades et servir à leur amusement ; mais, nous dit la sœur Hébert, cela ne fut pas de longue durée : médecins et internes, s'amusant à qui mieux mieux à faire fonctionner les automates, les avaient alors vite détraqués, ce qui força l'Administration à les faire enlever des salles et à les mettre de côté (on pourra, dans un de nos clichés, qui représente une salle de malades, apercevoir au premier plan un de ces jouets : c'est un cheval de bois monté sur roulettes et qui provient des écuries royales).

Le premier étage est destiné aux services de médecine et chirurgie ; chaque aile comprenant une salle de médecine d'un côté et une salle de chirurgie de l'autre, garçons dans l'aile droite, filles dans l'aile gauche. La disposition générale est la même que celle du rez-de-chaussée : grand couloir central, salles vastes bien aérées, annexes de propreté et de commodité remarquables. La salle d'opérations se trouve près du service des filles ; elle est absolument moderne, comprenant en entrant une première salle de préparation des objets de pansement ; une seconde salle contient l'arsenal, la salle d'opérations est au bout, donnant sur la pleine campagne, éclairée de trois côtés et par en haut, et possédant tout le matériel le plus moderne. Les angles sont arrondis, les parois sont ripolinées et le sol macadamisé. Tout le mobilier est en métal nickelé, les instruments proviennent de la Maison Collin. Nous avons particulièrement remarqué dans la salle d'instruments la riche collection instrumentale pour la chirurgie orthopédique, c'est d'ailleurs surtout au traitement des difformités congénitales ou acquises qu'est destiné le service de chirurgie. Il est annexé au service de médecine et de chirurgie un laboratoire de recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques.

La sœur Hébert nous signalait un des desiderata de l'établissement, l'absence d'une salle de contagieux. En effet, on n'admet comme malades aucune fièvre éruptive, ce qui force les médecins des consultations à refuser l'entrée de l'hôpital à nombre de petits malades qu'on est forcé de placer dans les hôpitaux du centre de la ville, où ils sont très mal au point de vue de l'hygiène.

Les consultations annexées à l'hôpital se font dans les deux bâtiments d'entrée et sont excessivement suivies ; consultations de médecine, de chirurgie, d'orthopédie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, service de vaccination, etc.

Et tout en nous promenant des salles des malades aux services annexes, très modernement installés : buanderie, salle de bains, salle d'hydrothérapie, nous apprenons de la sœur Hébert qu'elle était là depuis presque la fondation de l'hôpital, y étant arrivée en 1888 de Bordeaux, où elle était sœur pharmacienne à l'hôpital Saint-Jean, et où elle avait connu nôtre ami Oui. Elle nous disait aussi que treize sœurs de Saint-Vincent-de-Paul l'aidaient dans le service, avec seize employées femmes et quatre infirmiers pour les gros ouvrages, mais ce qu'elle ne nous disait pas, et ce qu'une de ces sœurs nous disait, c'était que son amabilité et sa bonne grâce toutes françaises, sa haute distinction morale et ses qualités d'administrateur l'avaient imposée, elle Française, dans ce milieu espagnol dont elle ne connaissait pas un mot de la langue à son arrivée ; cet ascendant moral lui permettait d'obtenir de la Conta de beneficienza à peu près tout ce qu'elle demandait pour l'amélioration des services.

Monsieur le Professeur Folet fut notre interprète auprès de cette digne représentante de la France à l'étranger, en lui disant de notre part à tous un chaleureux et sincère merci, pour la complaisance avec laquelle elle nous avait montré le bel « *Hospital del niño Jesus* », si digne de la grande capitale qu'est Madrid.

Sur la présence de l'oxyde de carbone dans l'atmosphère de certaines salles de gazage dans les filatures de coton,

par MM. **Surmont** et **E. Gérard**,
Professeurs à la Faculté de médecine.

Les questions d'hygiène spéciale que crée le milieu industriel de la région lilloise sont très nombreuses et certaines d'entre elles sont à la fois très importantes et encore très peu étudiées. Parmi les manipulations de l'industrie textile il en est une qui est spéciale à la filature de coton ou plutôt à un certain nombre d'usines seulement et qui mérite d'être connue des hygiénistes et des médecins ; c'est le gazage.

Tous ceux qui ont mis l'œil à un microscope savent que le fil de coton est irrégulier et hérissé de villosités sur ses bords. C'est grâce à cette structure que le coton donne au toucher une sensation particulière un peu sèche et rugueuse, très différente de celle très douce que donne la soie. Par le *gazage* et le *mercerissage* on arrive à donner au fil de coton l'apparence du fil de soie. Ces opérations se pratiquent sur les fils les plus fins comme sur les fils moyens (1). Seul le gazage nous intéresse ici. Cette opération a pour but de griller les villosités et de rendre les fils de coton particulièrement lisses ; on obtient ce résultat en faisant passer les fils dans la flamme d'un bec BUNSEN, avec une rapidité calculée de telle sorte que le fil n'ait pas le temps de se brûler, mais seulement de griller ses impuretés. Dans les ateliers de gazage les métiers à gazer forment des rampes composées chacune de 60 becs environ. On comprend que quand dix ou quinze métiers sont réunis dans la même salle, il en résulte forcément une élévation de la température, un desséchement notable de l'air et la présence dans l'atmosphère de poussières carbonisées et peut-être de gaz divers, produits de la combustion du gaz brûlé ; ces diverses conditions font de ces salles un des ateliers de l'usine demandant le plus de surveillance au point de vue sanitaire et la meilleure installation.

M. le professeur J. ARNOULD a le premier appelé l'attention des hygiénistes sur ce point dans un mémoire publié en 1879, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Il incrimine comme éléments d'insalubrité l'élévation de la température, la sécheresse de l'air, les poussières carbonisées qu'il contient et peut-être, disait-il, l'exagération de la quantité d'acide carbonique ou même la présence de gaz toxiques, en particulier de l'oxyde de carbone. Comme remède, M. le professeur ARNOULD conseillait une ventilation parfaite.

Il y a quelques années (1895), l'un de nous (Dr SURMONT) a entrepris avec le Dr Em. ARNOULD des recherches expérimentales encore inédites sur la ventilation des salles de gazage et sur la composition chimique de leur atmosphère. Mais si les recherches anémométriques permettent facilement de se rendre compte qu'au point de vue de la ventilation les appareils actuellement en usage dans l'industrie sont capables de répondre à toutes les exigences, il n'existait pas à l'époque de ces recherches de procédé pratique pour la recherche de l'oxyde de carbone dans l'air des ateliers. Aussi MM. SURMONT et Em. ARNOULD avaient dû se contenter de dosages d'oxygène et d'acide carbonique.

Le procédé récent de NICLOUX (C. R. *Soc. de Biologie*, 1898) permettant de chercher directement dans l'atmosphère des ateliers la présence de l'oxyde de carbone est venu combler cette lacune et mettre à la disposition des chimistes et des hygiénistes un moyen d'enquête autrement précis que la présence des petits oiseaux, lesquels peuvent vivre au reste dans les salles de gazage ainsi que nous nous sommes assurés.

(1) Les filateurs de coton sont arrivés à fabriquer des fils n° 400, c'est-à-dire ayant une longueur de 400 km. pour un kg. C'est là un tour de force ; les nos courants sont, paraît-il, de 40 à 100, c'est-à-dire donnent de 40 à 100 km. de fil au kilogramme.

Nous avions primitivement l'intention de faire cette recherche dans deux ateliers gracieusement ouverts à nos expériences, mais dans l'un d'eux la ventilation était tellement puissante qu'il nous a paru inutile de faire la recherche de l'oxyde de carbone tant l'air extérieur circulait rapidement dans la salle. Dans l'autre atelier, au contraire, nous avons fait cette recherche avec d'autant plus d'intérêt qu'en même temps que la ventilation y était un peu moins forte, le gaz qui brûlait était du gaz pauvre, c'est-à-dire un mélange beaucoup plus dangereux au point de vue de l'hygiène que le gaz de la consommation urbaine. Quand nous parlons de ventilation moins forte il faut bien spécifier que ce n'est là qu'une expression comparative, car dans cette salle d'une contenance de 1.330 mètres cubes environ, quatre ventilateurs extraient en moyenne 300 mètres cubes d'air à la minute de telle sorte que l'air de la pièce se renouvelle toutes les quatre minutes et demie en moyenne (chiffres extraits des notes inédites de MM. SURMONT et E. ARNOULD). La pièce est, on le voit, extrêmement aérée. L'hypertoxicité du gaz à l'eau vis-à-vis du gaz ordinaire est suffisamment mise en lumière par les chiffres suivants que nous empruntons à la *Revue d'hygiène 1900* (1) : « Dans le Royaume-Uni, le nombre de décès dus au gaz d'éclairage pour une population égale à celle de Londres a été de 3 seulement en 1896 ; et en Amérique, dans 88 villes éclairées au gaz, il n'y a eu également que 3 morts pour la même cause, tandis qu'à Boston, où 90 p. 100 de l'éclairage se fait au gaz à l'eau, on compte 390 décès par asphyxie ; à Brooklyn, 120 ; à Chicago, 155 ; et à San Francisco, 270. »

Au point de vue de la salubrité, ce qui fait le danger du gaz à l'eau comme celui du gaz d'éclairage ordinaire, ce sont moins les produits de la combustion que les fuites ; et il s'en produit forcément toujours quelques-unes dans les installations les meilleures. Dans les ateliers de gazage l'intensité du courant d'air et les manipulations des ouvrières font qu'il y a toujours quelques becs éteints, se rallumant d'ailleurs instantanément au contact de leurs voisins, mais cependant pouvant verser dans l'atmosphère de la salle un peu de gaz non brûlé

EXPÉRIENCES. — Nous avons dosé, dans l'atmosphère des salles de gazage, l'oxyde de carbone et l'acide carbonique.

a) Dosage de l'acide carbonique — A l'aide d'un aspirateur d'un volume déterminé, nous avons fait passer de l'air préalablement desséché de la salle de gazage dans des tubes à potasse tarés. L'augmentation de poids de ces tubes,

(1) Analyse, p. 757, par le Dr CATRIN, d'un art. du *British med. journ.*

après l'expérience, a donné la quantité d'acide carbonique pour le volume d'air puisé dans la salle dont la température, au moment de l'expérience, était de 41°.

Le résultat, calculé à 0° et à la pression de 760 millimètres, est de 1 litre d'acide carbonique pour 1.563 litres d'air.

Cet acide carbonique provient, pour la majeure partie, de la combustion de l'oxyde de carbone du gaz pauvre.

b) *Dosage de l'oxyde de carbone.* — Nous avons rapporté, au laboratoire de l'air puisé dans la salle de gazage et recueilli dans un aspirateur gradué et nous y avons dosé l'oxyde de carbone par le procédé de Nicloux, basé sur ce fait que l'oxyde de carbone est oxydé par l'acide iodique anhydre à la température de 150° en donnant de l'iode et de l'acide carbonique. — Le dosage iodométrique fait ensuite connaître la quantité d'oxyde de carbone cherchée.

L'air est, dès lors, dépouillé de l'acide carbonique, de l'hydrogène sulfuré et de l'acide sulfureux par son passage à travers des tubes à potasse, il est ensuite desséché sur de l'acide sulfurique et de là il se rend dans un tube contenant de l'acide iodique anhydre maintenu à 150°. L'oxyde de carbone s'oxyde, les vapeurs d'iode sont entraînées et viennent se combiner à de la soude en dissolution aqueuse placée dans un tube à boules. On termine l'opération par un courant d'air atmosphérique. La solution iodurée est décomposée par de l'acide sulfurique nitreux et l'iode est titré colorimétriquement.

Connaissant la quantité d'iode ainsi produite, on en déduit la proportion d'oxyde de carbone correspondante.

Nous avons trouvé que l'atmosphère des salles de gazage contenait un litre d'oxyde de carbone pour 21.062 litres d'eau (calculs effectués pour la température de 0° à la température de 760 millimètres.

En résumé, on voit qu'il peut y avoir dans l'atmosphère des salles de gazage des quantités appréciables d'acide carbonique et d'oxyde de carbone. Les quantités de ces deux gaz ne sont certainement pas suffisantes pour amener des phénomènes rapides d'intoxication, mais si on fait intervenir, d'une part, la durée du séjour des ouvrières dans cet air souillé surtout par l'oxyde de carbone dont la quantité fixée sur l'hémoglobine est proportionnelle au temps et, d'autre part, la résistance généralement médiocre de ces femmes en raison des conditions matérielles de leur existence, on doit admettre que cet air possède une certaine nocuité pour l'organisme.

Une deuxième cause consiste dans l'élévation excessive de la température qui est telle que les ouvrières travaillent vêtues seulement d'une chemise et d'un jupon de toile. Cette température élevée est liée à la chaleur dégagée par les centaines de brûleurs de la salle. Pour en donner une idée nous dirons que le 20 juin 1895, vers 3 h. de l'après-midi, après une heure et demie de travail, le thermomètre placé à hauteur de la tête des ouvrières dans le voisinage des métiers donnait une température de 45 degrés.

Le tableau suivant montre ce qu'était du 2 au 18 juillet 1895, la température de l'air des salles à la sortie des ventilateurs d'extraction situés au plafond de la salle, de 10 à 11 h. du matin, c'est-à-dire après deux à trois heures de travail. Les différences entre les différents chiffres relevés d'un jour à l'autre tiennent surtout au nombre de métiers allumés qui est variable selon les besoins.

GAZAGE DE 10 A 11 HEURES

	Température de l'air extérieur	Température de l'air des ventilateurs
2 Juillet	22	44
3 »	22	45
4 »	23	50
5 »	25	48
6 »	24	48
8 »	25	48
9 »	23	52
10 »	23	52
11 »	25	48
12 »	21	45
16 »	20	47
17 »	23	48
18 »	25	53

Par suite de modifications importantes apportées à la disposition de la ventilation dans la même salle, la température moyenne y a baissé de quinze degrés à l'heure actuelle.

Heureusement la sécheresse extrême de l'air des salles de gazage permet aux ouvrières de résister plus facilement à l'élévation de la température par l'évaporation cutanée et pulmonaire. Le Professeur Arnould signalait chez les gazeuses « de la céphalalgie, une tendance à la syncope, l'inertie des fonctions digestives, une irritation de la gorge, de la toux, un picotement des yeux, une blépharo-conjonctivite légère et un teint blafard ». Les appareils de ventilation sont aujourdhui beaucoup meilleurs qu'en 1879, date du travail de M. Arnould, et les ateliers beaucoup mieux installés d'une façon générale. Aussi est-il juste de dire que les ouvrières pour la plupart ne se plaignent pas de leur travail. Un certain nombre même recherchent cet atelier où le salaire est plus élevé que dans les autres salles de l'usine. A l'examen objectif on ne note chez elles qu'une certaine teinte anémique, un peu de pigmentation de la peau et d'irritation des muqueuses du nez, de la gorge, des conjonctives. Il n'en est pas moins vrai que la présence constatée de l'oxyde de carbone dans l'atmosphère des ateliers doit engager les industriels à perfectionner encore leur outillage, les hygiénistes à surveiller de près les installations, surtout dans les usines où l'on emploie le gaz

à l'eau, et les médecins à chercher si l'intoxication oxycarbonée ne se manifeste pas chez les ouvrières des ateliers de gazage plus souvent qu'on ne le croit, au moins sous ses formes atténuées. Il y a là tout un champ de recherches cliniques que nous signalons à l'attention de nos confrères de l'hôpital et de la ville.

FAITS NOUVEAUX

Action de l'Adrenaline sur l'organisme animal. — L'emploi de cette substance qui tend à se généraliser a amené BJELAVENTZ (*Russy Vratch* Vol. 11, n° 7), à faire une série d'expériences sur son action ; voici ce qu'il en conclut :

1° L'augmentation de la pression sanguine générale dépend de la vaso-constriction générale et de la stimulation du cœur. — 2° La vaso-constriction dépend d'une action directe sur les parois des vaisseaux. — 3° L'adrenaline excite d'abord, puis paralyse les centres du vague mais n'agit point sur les terminaisons de ce nerf. — 4° Avec d'assez fortes doses la température s'abaisse. — 5° *La mort* par l'adrenaline est due à une *paralysie des centres respiratoires*. — 6° L'injection sous-cutanée et intra-veineuse doit être pratiquée avec beaucoup de précaution, car *des doses égales n'ont pas toujours la même action*. — 7° La solution d'adrenaline, même quand elle a changé de couleur, garde encore ses propriétés. — 8° Toute augmentation du nombre des pulsations après une première injection est une *contre-indication à l'emploi d'une seconde dose*.

Les conclusions 5, 6, 7, 8, nous paraissent d'un grand intérêt pratique. Dr BÉDART.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Traité des urines, par le docteur E. GÉRARD, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Paris, Vigot frères, 1903. 7 francs.

Notre collègue, le Professeur E. GÉRARD, vient de publier à Paris, chez Vigot, un « Traité des Urines », dont le sous-titre « l'analyse des urines considérée comme un des éléments du diagnostic » indique bien le but et l'esprit. C'est un manuel destiné à la fois aux médecins et aux pharmaciens dont je recommande la lecture aussi bien aux uns qu'aux autres.

Aux pharmaciens il indique nettement et soigneusement les procédés d'analyse les plus simples et les plus précis : partout les indications sont suffisamment détaillées pour que tous ceux qui sont un peu au courant du laboratoire puissent facilement recourir aux méthodes préconisées par M. GÉRARD. Il serait bien à désirer que tous les pharmaciens soient imbus de cette idée que l'avenir de leur profession est dans la collaboration scientifique avec le médecin et non dans la vente des médicaments, vente que l'évolution de la science thérapeutique fera de plus en plus rare et l'évolution économique de moins en moins rémunératrice. Ils s'attacheraient alors à se rompre aux diverses méthodes d'analyses auxquelles a recours le diagnostic contemporain, analyses d'urine, de sang, de suc gastrique, de crachats, séro-diagnostic, etc... et le praticien sachant à qui s'adresser pour s'éclairer *de suite*, dans un cas difficile et urgent, prendrait de plus en plus l'habitude de voir dans le pharmacien voisin un collaborateur utile. Combien de fois ai-je entendu des confrères se plaindre des envois lointains auxquels ils sont obligés et former le vœu d'être mieux aidés à l'avenir.

Quant aux médecins leur état d'âme en face d'une analyse d'urine complète telle que peut la fournir la chimie contemporaine est variable : les uns y voient clair et capables d'en peser et d'en critiquer les résultats *à la lumière de l'examen clinique* savent en utiliser les indications souvent si précieuses au point de vue du diagnostic et du traitement : d'autres les examinent avec intérêt, mais ayant négligé de compléter au jour le jour les notions de chimie physiologique autrefois acquises à l'école, comprennent la signification de quelques chiffres et pour le reste s'en tiennent aux sentiments d'admiration respectueuse et un tantinet superstitieuse qu'on a volontiers pour la science d'autrui quand on a travaillé soi-même ; d'autres enfin, par une tendance d'esprit plus fréquente qu'on ne croit, mis en méfiance excessive vis-à-vis des acquisitions nouvelles, n'attachent aucune importance à des choses qu'ils ne veulent pas apprendre et jugent à priori qu'elles sont inutiles, puisqu'après tout LAENNEC n'a pas attendu cela pour découvrir l'auscultation. Aux médecins de ces trois catégories, le livre du Prof. E. GÉRARD sera très utile. Aux premiers il fournira à l'occasion le chiffre précis ou le renseignement qui fuit, aux seconds il permettra de compléter aisément leurs connaissances d'autrefois, aux troisièmes enfin il montrera qu'il y a en chimie physiologique et pathologique des progrès immenses accomplis, et que les laisser de côté de parti-pris est se priver, dans beaucoup de cas, d'éléments essentiels de diagnostic, de pronostic ou de traitement.

La façon dont M. GÉRARD a disposé les matériaux nombreux contenus dans son ouvrage en facilite beaucoup la lecture et permet de retrouver facilement le renseignement cherché. Dans une première partie est étudiée l'urine normale, dans une deuxième les urines pathologiques, dans une troisième enfin sont classés les tableaux urologiques d'un certain nombre d'affections. A propos de chaque corps normal ou pathologique sont indiquées outre la méthode de dosage, la formule et les caractères chimiques, l'origine et les variations physiologiques dans la première partie, les origines et les variations pathologiques dans la seconde partie. Ce mode de classement logique augmente beaucoup la clarté du texte et met à la disposition des médecins et des pharmaciens un livre dont le succès sera, je n'en doute pas, très grand et récompensera l'auteur de son travail consciencieux.

En pareille matière il est difficile d'être à la fois complet et clair. On peut dire que M. le Prof. GÉRARD a pleinement réussi.

H. SURMONT.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la responsabilité pénale des médecins à raison des certificats par eux délivrés

« Je ne croyais pas que le certificat que je délivrais était un certificat coupable. On n'enseigne pas cela dans nos études ». Tel est, textuellement, le moyen de défense que faisait valoir, il y a quelques années, devant le tribunal correctionnel de la Seine, un médecin de Paris, le docteur PLANET. Disons tout de suite que ce moyen de défense ne fut pas agréé, et que le prévenu sortit « des bancs de la correctionnelle », gratifié d'une condamnation à trois mois de prison et à 500 francs d'amende, avec application de la loi Béranger pour la peine corporelle (Trib. corr. Seine, 5 octobre 1894).

Quel « crime » avait donc commis le docteur PLANET ? Le voici, pour l'édification de ceux des lecteurs de l'*Echo médical du Nord* auxquels « cela n'aurait pas été enseigné dans leurs études ».

Le caporal au 2e régiment d'infanterie de marine, Revert, obtenait, au mois d'août 1894, un congé de trois jours sous prétexte de venir voir à Paris son grand-père, âgé de 81 ans, qu'il disait atteint d'une grave maladie de poitrine, mais qui en réalité était mort depuis deux ans. Le caporal passa ses trois jours de congé chez sa mère, Mme Fanny Revert, parfumeuse, rue Joquelet.

Les trois jours écoulés, le caporal demanda par dépêche télégraphique à son colonel une prolongation de congé de huit jours « parce que son grand père était plus malade ». Le colonel accorda la prolongation sollicitée.

La mère du caporal, Mme Fanny Revert, craignant que son fils, à sa rentrée au corps, ne fût dans l'obligation d'établir péremptoirement, pour éviter une punition, la maladie de son grand-père, se rendit chez le docteur PLANET, rue Montmartre, et lui demanda un certificat de complaisance. M. PLANET délivra le certificat demandé.

Sur ces entrefaites, une enquête était faite, à la requête de l'autorité militaire, pour vérifier le plus ou moins de sincérité des allégations avancées par le caporal Revert afin d'obtenir une prolongation de congé. C'est alors que tout fut découvert.

En conséquence, le docteur PLANET comparaissait devant le tribunal correctionnel de la Seine, et subissait l'interrogatoire suivant :

Le président. — Vous avez délivré un certificat médical sans vous être préalablement rendu compte si la personne sur l'état de santé de laquelle vous donniez un certificat était malade, vivante ou morte. Vous avez agi avec une légèreté impardonnable.

Le docteur Planet. — Je regrette vivement ce qui est arrivé. Mme Revert m'a affirmé que le grand-père, âgé de 81 ans, toussait beaucoup. J'ai eu confiance et j'ai délivré le certificat qu'on me demandait, sans aller voir le malade.

Le président. — M. Revert était mort depuis deux ans !

Le docteur Planet. — J'ignorais naturellement ce fait. Je ne croyais pas que le certificat que je délivrais était un certificat coupable. On n'enseigne pas cela dans nos études. Je me doutais que la délivrance d'un pareil certificat était répréhensible, mais je ne croyais pas qu'il pût en résulter de pareilles conséquences. J'ai péché par un excès de confiance.

Mme Revert, mère du caporal, était ensuite entendue comme témoin. Elle déclarait avoir demandé à M. PLANET un certificat de complaisance en vue d'empêcher que son fils fût puni à sa rentrée au corps ; elle reconnaissait lui avoir dit que son beau-père était malade ; elle ajoutait que le docteur PLANET n'était pas son médecin ordinaire, et qu'elle lui avait donné 3 francs.

Et l'interrogatoire se terminait par cette déclaration du prévenu : « Je dois ajouter qu'au moment où cette dame est venue chez moi, j'étais sur le point de sortir. Cette dame m'a dit qu'elle était fille d'un officier. J'ai demandé où était le grand-père malade. Elle m'a dit : « A la maison ». Je n'ai pas jugé à propos de pousser plus loin et j'ai délivré sur papier blanc le certificat demandé ».

Coût : trois mois de prison et 500 francs d'amende !

C'était par application de l'art. 160 du Code pénal ainsi conçu : « Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement d'une année au moins et de trois ans au plus. S'il y a été mû par dons ou promesses, la peine de l'emprisonnement sera d'une année au moins et de quatre ans au plus. Dans les deux cas, le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine. Dans le deuxième cas, les corrupteurs seront punis des mêmes peines que le médecin, chirurgien ou officier de santé qui aura délivré le faux certificat ». — Des circonstances atténuantes peuvent être reconnues au profit du prévenu, et elles permettent aux juges de réduire la durée de l'emprisonnement, et même de substituer l'amende à l'emprisonnement. Voilà ce qui explique les peines prononcées dans l'espèce que nous venons de signaler.

On n'enseigne pas cela dans les Facultés de médecine ! C'est possible. — Mais c'est la loi, et au médecin, comme à tout autre, s'applique notre vieux brocard juridique : *Nemo jus ignorare censetur !*

J. JACQUEY,
Professeur à la Faculté de Droit
de l'Université de Lille



VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une nouvelle application pratique des rayons Rœntgen.

Les employés de la Monnaie de Tokio avaient trouvé un moyen très simple d'augmenter, sans gratification, le traitement que leur fait l'État. Ils avalaient, au moment de sortir, autant de pièces d'or et d'argent qu'il leur était possible sans éveiller l'attention, et, rentrés chez eux, ils faisaient passer, grâce à un ipéca complaisant, la somme absorbée de leur estomac dans leur bourse. Les inspecteurs restaient impuissants contre ces soustractions stomacales. Sans doute, on s'ouvre le ventre au Japon avec une facilité extrême, mais cette habitude commence à se perdre. D'autre part, bien que depuis l'homme à la fourchette, la gastrotomie se soit notablement perfectionnée, il semblait peu pratique d'appliquer chaque jour cette opération aux employés de Tokio pour voir ce qu'ils cachaient dans leur estomac.

Mais le Japon a su s'assimiler tous les progrès de la science et de la civilisation européennes, et l'administration japonaise n'a pas tardé à trouver une solution élégante du problème qui tracassait ses inspecteurs.

Elle a commandé à Philadelphie un appareil gigantesque d'exploration radiographique. Et, désormais, avant de sortir de la Monnaie de Tokio, les employés passeront devant l'ampoule électrique qui vérifiera la couleur de leur estomac.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 16e Congrès de l'**Association française de chirurgie** s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le *Lundi 19 octobre 1903*, sous la présidence de M. le docteur Charles Périer, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Tumeurs de l'Encéphale*, rapporteur : M. Duret, de Lille.

2° *Exclusion de l'intestin*, rapporteur : M. Hartmann, de Paris.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour *le 15 août*, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M Lucien Picqué, Secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

— Le 29 juin 1903, ont eu lieu, à Vittel (Vosges), au milieu d'une foule considérable, les obsèques de M. Ambroise Bouloumié, avocat, maire de Vittel, conseiller général, directeur de l'Etablissement thermal. Une foule nombreuse, composée de toute la population de Vittel et des environs, et des baigneurs de la station, avait tenu à accompagner à sa dernière demeure le bienfaiteur du pays et le créateur de cette importante et prospère station.

Le deuil était conduit par M. le docteur Jean Bouloumié et M. le docteur Pierre Bouloumié, fils et frère du défunt. L'absoute a été donnée par Monseigneur l'évêque d'Evreux, en traitement à Vittel.

Des discours ont été prononcés par MM. Gérard, notaire, au nom de la commune de Vittel ; Gauthier, député, au nom du Conseil général des Vosges ; de Tricornot, au nom de la Société des Eaux ; de Ravinel, Pierre Buffet, Maurice Flagelle, amis personnels de la famille ; docteur Galland-Gleize, au nom du corps médical de la station ; Moitessier, régisseur, au nom du personnel de la Société des Eaux.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les concours pour les **prix de fin d'année** de médecine ont eu lieu les lundi 6 juillet et jours suivants. Nous pouvons en donner les résultats dès maintenant.

Première année. — Six candidats étaient inscrits ; trois ont suivi les épreuves jusqu'au bout. La question écrite qu'ils ont eu à traiter était *le labyrinthe osseux : anatomie et développement*. L'épreuve pratique d'anatomie consistait à *découvrir le nerf cubital au niveau du coude et découvrir l'artère temporale superficielle*. M. Tramblin a obtenu le prix, MM. Gœhlinger et Beun sont présentés chacun pour une mention.

Deuxième année. — Cinq candidats étaient inscrits ; quatre ont terminé le concours. La question écrite sortie de l'urne était *le pouls artériel, structure du ganglion lymphatique*. M. Brasseur a été jugé digne du prix. MM. Castiaux et Pinchart ont obtenu la première mention ex-æquo, M. Paquet la seconde mention.

Troisième année. — Six candidats étaient inscrits. Trois candidats ont persisté. Après la question écrite sur *les tumeurs bénignes de la mamelle*, la question clinique a porté sur un *hydrocèle de la tunique vaginale*, la question de médecine opératoire sur la *désarticulation métacarpo-phalangienne du pouce*. M. Gugelot a été présenté pour le prix. M. Petit, Georges, pour une mention.

Quatrième année. — Trois candidats étaient présents ; deux ont lutté jusqu'au bout. La question écrite sortie de l'urne était *Foie cardiaque, mécanisme de l'accouchement dans le bassin plat rachitique* (*présentation du sommet et du siège*). Il restait dans l'urne : *Polynévrite alcoolique, symptômes, diagnostic et causes de la dysentérie*. Symptômes et diagnostic de l'infection puerpérale. Rigidité du col, à l'exception de la rigidité pathologique. A l'épreuve d'anatomie pathologique, les candidats ont eu à reconnaître : un *cancer*

mélanique du foie, des *ulcérations tuberculeuses de l'intestin*, un *rein amyloïde*, un *adénome du sein*. L'épreuve clinique portait : sur une *femme enceinte de six mois atteinte de lithiase biliaire*. M. Cretal a été proclamé lauréat ; M. Taconnet a obtenu une mention.

— Vendredi 10 juillet ont eu lieu, avec un jury composé de MM. les professeurs Combemale, Charmeil et Surmont, les épreuves du concours pour le **prix Cazeneuve**, qui s'est terminé par la nomination de M. Camus, interne des hôpitaux, M. Dancourt ayant obtenu la seconde place. L'épreuve clinique a porté sur une *pleurésie séro-fibrineuse gauche* et sur une *myélite syphilitique avec syndrôme de Brown-Séquard*. L'épreuve anatomo-pathologique comportait la reconnaissance de *reins scléreux d'enfant*, de *cancer du poumon*, de *cancer du foie*.

—Nous relevons avec plaisir dans le tableau des médecins sanitaires maritimes à bord des navires que vient d'arrêter M. le Ministre de l'Intérieur les 10 et 11 juin 1903, le nom de M. le docteur Durandard, un de nos anciens élèves.

Soutenances de Thèses

M. S.-T. Véras, de Smyrne (Turquie d'Asie), interne au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, a soutenu, avec succès, le lundi 6 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 141), intitulée : **Traitement économique de la scoliose.**

— M. L.-E. Deshusses, de Cruseilles (Haute-Savoie), a soutenu, avec succès, le samedi 11 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 142), intitulée : **Etude sur les monstres célosomiens.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Lyon. — M. le docteur Florence, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine, est nommé, sur sa demande, professeur de pharmacie.

Montpellier. — M. le docteur Fonzes-Diacon, agrégé, est nommé professeur de chimie médicale à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — M. le professeur Kirmisson a été élu membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie chirurgicale.

MM. les docteurs Narich, de Smyrne, et Hirschberg, de Berlin, ont été élus correspondants étrangers.

Notre Carnet

Le docteur Maurice Breton, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils André. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27e et 28e Semaines, du 21 Juin au 4 Juillet 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	7
3 mois à un an	22	15
1 an à 2 ans	6	5
2 à 5 ans	5	8
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	3	3
20 à 40 ans	12	10
40 à 60 ans	22	13
60 à 80 ans	22	13
80 ans et au-dessus	3	5
Total	102	79

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	2	»	»	3	»	»	3	12	13
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	1	6	»	»	5	»	»	»	»	»	7	25	23
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	1	»	2	3	2	7	»	»	5	»	»	»	»	»	11	32	34
Wazemmes, 36,782 hab.	»	4	»	»	»	»	»	»	8	2	8	»	»	2	»	»	»	»	»	10	34	50
Vauban, 20,381 hab.	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	7	21
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	1	»	3	3	2	2	»	»	6	»	»	»	»	»	9	26	17
Esquermes 11,381 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	3	1	1	»	»	»	2	11	13
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	4	16
Fives, 24,191 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	2	»	»	»	2	»	8	20	37
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	2	6	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	4	11
Total	»	11	»	»	»	2	»	10	22	9	29	»	»	28	2	1	4	2	»	61	181	241

0. Septième Année. N° 29 — Le Numéro : **10** centimes — 19 Juillet 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les métastases osseuses dans le cancer de la prostate

par le professeur **Carlier**
et le Dr **Davrinche,** aide de clinique des maladies des voies urinaires

Longtemps confondu avec l'hypertrophie, le cancer de la prostate n'a été considéré comme une affection distincte que vers le milieu du siècle dernier. C'est surtout aux travaux de Thompson, en Angleterre, de Wyss, en Allemagne, à ceux de Guyon, de Jolly, de Jullien, d'Engelbach, d'Albarran et Hallé en France, que nous devons de posséder des notions précises sur cette maladie.

Les symptômes du début de cette affection sont le plus souvent assez analogues à ceux que l'on a l'habitude de rencontrer dans l'hypertrophie prostatique. Mais ordinairement ici, la dysurie est plus marquée et des hématuries quelquefois abondantes surviennent dans un tiers des cas environ. Les douleurs sont un symptôme très important à noter : douleurs à la miction, mais aussi douleurs spontanées très intenses siégeant dans la région sacrée et s'irradiant dans les nerfs du voisinage : sciatique, par exemple.

Si le néoplasme présente une évolution rectale, on voit survenir des troubles de la défécation qui peuvent aller jusqu'à l'obstruction complète et nécessiter la création d'un anus iliaque.

Le toucher rectal enfin donnera des renseignements précieux ; il fera, dans la plupart des cas, découvrir une masse dure, irrégulière, bosselée, dont la sensation est bien différente de celle que donne ordinairement une prostate hypertrophiée.

Malheureusement, ces symptômes, aussi bien subjectifs qu'objectifs, ne sont pas absolus et, comme nous le verrons plus loin, ils peuvent être tellement atténués qu'ils passent inaperçus pour le chirurgien.

Mais si les signes précédents sont connus et admis depuis assez longtemps déjà, il n'en est pas entièrement de même pour les phénomènes de généralisation que l'on tend à considérer chaque jour comme plus fréquents dans le cancer prostatique. Il peut y avoir non seulement généralisation aux organes du voisinage : urèthre, vessie, vésicules séminales, mais aussi à des organes très éloignés : foie, rein, ganglions abdominaux, ganglions sus-claviculaires (Lejars, Carlier, Pauly, Albarran, etc.). Il peut enfin y avoir propagation du cancer prostatique au système osseux et c'est de ce mode de généralisation que nous nous occuperons dans cet article.

Bien étudiée en Allemagne, cette question est restée chez nous presque entièrement dans l'ombre

et actuellement, en France, quand on interroge un chirurgien sur les cas de métastases cancéreuses dans les os qu'il a pu observer, il se reporte immédiatement à sa statistique de cancers du sein pour y puiser des documents. L'idée ne lui vient même pas de s'arrêter aux observations de cancer de la prostate qu'il possède certainement, dans une proportion beaucoup moindre, sans doute, mais cependant appréciable.

Le sein est en effet un organe d'observation facile, tant pour la malade que pour le médecin. Il n'en est pas de même pour la prostate.

Comme le disait Jolly, en 1869 : « profondément située dans l'intérieur du petit bassin, cachée sous des plans fibreux, mais surtout masquée par la vessie et les intestins, cette glande échappe facilement à un examen même attentif des autres organes. Il faut, pour qu'on songe à l'examiner, que l'attention ait été spécialement attirée sur elle ou tout au moins dirigée vers les voies urinaires. »

Ce qui était vrai en 1869 l'est encore un peu aujourd'hui, et si les chirurgiens spécialistes font un usage constant du toucher rectal, il est loin d'en être ainsi pour la plupart des autres médecins.

Certes, depuis la thèse d'Engelbach, on connaît mieux le cancer de la prostate et surtout on a cessé de le considérer comme une affection rare. Mais, ce qui fait qu'assez souvent encore on le méconnaît, c'est qu'il n'évolue pas toujours avec l'allure bruyante des autres cancers. Il peut ne donner lieu qu'à des signes quelquefois insignifiants et échapper ainsi facilement à quiconque n'est pas prévenu. Les symptômes sont parfois tellement peu accusés que le médecin porte le diagnostic d'hypertrophie de la prostate, sans même songer à pratiquer le toucher rectal.

Du reste, l'hypertrophie elle-même peut se transformer en cancer. Albarran et Hallé, dans un important travail basé sur l'observation de 100 malades morts avec le diagnostic d'hypertrophie de la prostate, ont constaté dans 14 cas les lésions histologiques de l'épithélioma. L'un de nous a observé un cas analogue qu'il a rapporté à la *Société Centrale de Médecine du Nord* en 1899.

Or, ainsi que le prouve une série d'observations que l'on trouvera traduites et résumées dans la thèse de l'un de nous, des cas de ce genre sont néanmoins capables d'infecter l'organisme et de produire des métastases osseuses.

Recklinghausen écrit à propos de deux de ses observations : « Les cancers des os étaient si nombreux, si disséminés et le cancer primitif si petit et si peu appréciable que je dus attendre pour dissiper mon doute sur la cause du mal, et choisir entre cancer de la prostate et cancer des os. Pour dissiper de tels doutes je dus me rappeler les cas bien connus de cancers osseux qui ont pour origine un cancer du sein. »

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que dans certains cas de carcinome osseux suivis d'autopsie on n'ait pas pu découvrir l'organe primitivement atteint, la lésion s'étant trouvée contenue dans une prostate simplement hypertrophiée en apparence et où l'examen histologique seul eut été capable de donner la clef du diagnostic.

C'est là une des raisons pour lesquelles le cancer de la prostate paraît encore tenir une place si infime, surtout en France, dans la production des métastases osseuses.

Mais si l'on envisage la question de plus près et si l'on essaie de déterminer d'une façon précise la fréquence de cette complication, on voit qu'il existe encore une autre cause d'erreur. C'est qu'en effet, les foyers métastatiques dans les os peuvent ne produire parfois aucun symptôme apparent, ou bien leur unique manifestation, une fracture spontanée, par exemple, n'est pas rapportée à sa cause véritable.

Pour établir des proportions exactes et comparer les métastases osseuses dans le cancer de la prostate avec celles qui accompagnent le cancer des autres organes, il faut donc avoir présentes à l'esprit les deux notions importantes suivantes :

1° Que le cancer de la prostate est une affection plus fréquente qu'on ne le croit encore ordinairement et que, même petit et difficile à découvrir cliniquement, il peut cependant donner naissance à des localisations osseuses.

2° Que les métastases osseuses produites par ce cancer ont quelquefois besoin d'être soigneusement recherchées pour être découvertes, et, qu'en tous cas, il faut toujours les avoir présentes à l'esprit quand on se trouve en face d'un cancer de la prostate.

Si ces deux notions étaient bien connues de tous les médecins, si, en présence d'un cancer osseux chez l'homme, ils ne négligeaient jamais l'examen de la prostate, et si, en présence d'un cancer de la prostate ils prenaient toujours la précaution de bien explorer

le squelette, on verrait que la complication dont nous nous occupons dans ce travail est loin de mériter l'oubli dont elle est encore frappée dans beaucoup de traités.

Pour bien préciser le sujet, nous donnerons à ce terme de métastase toute sa valeur, c'est-à-dire que nous n'étudierons que les cas dans lesquels il y a eu *transport à distance* du germe cancéreux, développement d'un foyer secondaire loin de l'organe primitivement atteint.

Nous excluons ainsi les cas dans lesquels le cancer prostatique a gagné les os par pure extension aux organes du voisinage et dans lesquels le pubis, par exemple, s'est trouvé envahi comme l'ont été la vessie, les vésicules séminales, comme pourrait l'être n'importe quel autre organe voisin de la tumeur.

Nous éliminons de même les cas où la localisation osseuse, bien que se produisant loin du cancer primitif, ne sera que l'extension d'une masse néoplasique secondaire développée au contact d'un os.

C'est à THOMPSON (1854) que l'on doit la première observation de métastase osseuse dans le cancer de la prostate. Il s'agissait d'un malade qui fut d'abord soigné pour de l'hypertrophie prostatique et qui, deux ans après, fut pris de paraplégie. L'autopsie et l'examen histologique montrèrent qu'il s'agissait d'un carcinome développé dans une prostate préalablement hypertrophiée et s'accompagnant d'un noyau métastatique dans la colonne vertébrale.

Nous ne parlerons pas des observations de cancer de la prostate rapportées ensuite par JOLLY, S. COUPLAND et ENGELBACH, dans lesquelles la propagation osseuse est citée mais où, comme nous l'avons montré plus haut, l'envahissement de l'os s'est produit par voisinage.

Vient ensuite l'observation peu connue de Q. SILCOCK, communiquée en 1884 à la *Société de Pathologie de Londres*, dans laquelle il y eut métastase dans le fémur avec fracture spontanée, et dans les os du crâne avec phénomènes nerveux divers.

Mais c'est seulement en 1891 que parut l'important travail de RECKLINGHAUSEN. Cet auteur, se basant sur cinq observations personnelles, fit une étude tellement complète de la question que les autres travaux allemands parus dans la suite ne purent que confirmer, en les éclaircissant et en les complétant, les notions qu'il avait établies. Il montra la nature infiltrante des métastases osseuses et, en raison de ce caractère, leur donna le nom « d'*ostéite carcinomateuse* ».

Il essaya aussi de démontrer que l'envahissement des os se fait de la moelle vers le périoste et que les embolies cancéreuses sont apportées par la voie sanguine.

En 1894, SASSE publia une observation très détaillée d'ostéite carcinomateuse au cours d'un cancer de la prostate. Cette observation est absolument typique sous tous les rapports et nous offre, d'une façon pour ainsi dire schématique, l'histoire de l'affection. De plus, le cancer primitif qui siégeait dans la prostate était si petit qu'il n'avait jamais donné lieu au moindre symptôme pendant la vie, et SASSE déclare lui-même que, s'il n'avait pas connu le travail de RECKLINGHAUSEN, il n'aurait jamais songé à pratiquer cet examen minutieux de la prostate qui lui permit de découvrir la néoplasie primitive.

Parmi les observations inédites de cancer de la prostate rapportées dans la thèse de JULLIEN, nous voyons que la métastase osseuse a été notée une fois : il s'agissait d'un noyau dans la clavicule et probablement aussi d'un foyer dans la colonne vertébrale.

Viennent ensuite les travaux de BRAUN en 1896, de SCHUCHARDT, de SIDNEY CONE, l'observation de MULLER en 1898, les articles de WOLFF, de BAMBERGER et PALTAUF, de FRAENKEL et de VON FRISCH en 1899.

En 1901, nous trouvons trois cas de ERBSLÖH dans les *Archives de Virchow*.

Tous les travaux allemands que nous citons sont une occasion pour leurs auteurs de refaire une étude complète de la question, et on peut dire que c'est à eux que revient le mérite de nous avoir fait connaître l'affection qui nous occupe. Sans le travail de REKLINGHAUSEN, il est certain que les communications si intéressantes de THOMPSON et de SILCOCK eussent passé à peu près inaperçues. THOMPSON ne donne aucun détail sur la pathogénie ; quant à SILCOCK, s'il paraît admettre la propagation par les vaisseaux, il n'a cependant rien apporté de concluant pour justifier son opinion.

Au cours des recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés, il nous a été impossible de trouver aucun travail d'ensemble qui ait été fait en France sur la question. Les métastases osseuses au cours du cancer de la prostate sont même, chez nous, un peu trop laissées dans l'ombre. FORGUE,

dans la deuxième édition du *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, ne les signale même pas.

D'autres auteurs français cependant : JULLIEN, LABADIE, ALBARRAN leur ont réservé une mention spéciale, les deux premiers dans leur thèse, le dernier dans l'article *Cancer de la prostate* du *Traité de chirurgie* de LE DENTU et DELBET.

Comme on le voit, toutes les observations, sauf celle de JULLIEN, nous viennent de l'étranger, et d'Allemagne en particulier. Il n'y a pas à s'en étonner si on se souvient de l'organisation des cliniques allemandes au point de vue des autopsies, par le professeur d'anatomie pathologique, de tous les malades morts à l'hôpital.

Il n'était cependant pas admissible que nos confrères français n'eussent pas observé de cas de métastase osseuse au cours du cancer de la prostate. Nous nous sommes donc enquis auprès de ceux que la chirurgie des organes urinaires préoccupe depuis longtemps. Notre enquête nous montra que quelques-uns d'entre eux seulement avaient observé des cas isolés de métastases osseuses (TUFFIER, ALBARRAN, DUFOURT, en France ; VERHOOGEN, de Bruxelles). Le Professeur GUYON lui-même, malgré sa longue pratique et sa grande expérience, déclara à l'un de nous que le fait devait être assez rare et que, pour sa part, il ne se souvenait que d'un seul cas.

M. R. HARRISSON (de Londres) nous informa qu'il en avait observé un cas. Quant à M. CASPER (de Berlin), il nous répondit que cette question l'intéressait et qu'il en rapporterait quelques observations personnelles dans un travail qui doit paraître prochainement.

On conçoit, d'après ce qui précède, qu'il est difficile de donner aujourd'hui des chiffres absolument certains sur la fréquence de ces métastases, puisque le cancer de la prostate est une affection dont le diagnostic reste encore actuellement un peu trop localisé dans le domaine des spécialistes. D'autre part, ces derniers n'ont pas encore une notion assez précise de l'importance que l'on doit accorder à la propagation osseuse au cours de cette affection.

Il faudrait, pour que ces chiffres soient définitifs, que les chirurgiens prennent l'habitude de rechercher les tumeurs osseuses secondaires aussi systématiquement qu'ils le font pour les ganglions, par exemple.

Il faudrait, en outre, ainsi que nous l'avons montré plus haut, ne faire rentrer dans le cadre des métastases que les cas qui répondent véritablement à la définition de ce terme, et exclure, par conséquent, toute propagation osseuse qui n'est qu'une extension de la tumeur primitive.

R. WOLFF, dans son travail, rapporte 64 observations de cancer de la prostate avec autopsie. Les métastases osseuses furent notées dans 8 cas, ce qui donne une proportion de 12,5 pour 100. En ajoutant 4 cas douteux, il arrive presque au chiffre de 20 pour 100. Mais WOLFF ne cite pas le cas de THOMPSON dont le diagnostic ne saurait être contesté ; il ne parle pas non plus d'autres cas avec autopsie qui étaient publiés au moment où parut son article : le cas de SIDNEY CONE et celui de MÜLLER, par exemple, de sorte que si nous remplaçons ses 4 cas douteux par ces 3 cas incontestables, nous arrivons à la proportion déjà grande et peut-être encore exagérée de 15,7 pour 100. En ne nous bornant pas aux cas suivis d'autopsie nous pouvons encore ajouter l'observation XXV de la thèse de JULLIEN.

Pendant ces dernières années, des cas assez nombreux ont été publiés en Allemagne ; nous avons trouvé un cas de SCHUCHARDT, un cas de FRAENKEL, un cas de BAMBERGER et PALTAUF, deux cas de VON FRISCH et trois cas de ERBSLOH. Ce qui porte à 20 le nombre de cas que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, et sans accorder une importance trop grande au chiffre de 15,7 pour 100 que nous avons admis, nous pouvons dire cependant que les métastases osseuses sont beaucoup plus fréquentes dans le cancer de la prostate que dans le cancer des autres organes, et, en particulier, que dans le cancer du sein, où elles ont été considérées jusqu'à ce jour comme se rencontrant le plus souvent. Et, en effet, LEUZINGER trouve, d'après des statistiques cliniques faites sur le cancer du sein, que sur 858 cas de cancer de cet organe, les métastases osseuses ont été observées 35 fois, soit une proportion de 4 pour 100 seulement.

Si nous cherchons maintenant à déterminer à quel *âge* se produisent le plus fréquemment les métastases osseuses dans le cancer de la prostate, nous voyons que c'est surtout entre 55 et 75 ans qu'on les rencontre. Mais ce fait n'a rien de très particulier puisque c'est aussi dans ces limites d'âge

que l'on observe le plus souvent le cancer prostatique ; et rien ne nous empêche de croire qu'une métastase osseuse puisse également se produire dans des cas où la néoplasie primitive serait apparue à un âge plus précoce.

Quant aux prédispositions héréditaires ou personnelles, on peut dire qu'elles sont les mêmes que celles du cancer en général : hérédité cancéreuse, tempérament arthritique, etc.

Dans nos observations inédites et dans celles que nous avons trouvées dans les auteurs, nous voyons que la plupart des malades étaient sujets au rhumatisme, à la goutte, aux coliques néphrétiques, à l'eczéma, à tous ces petits accidents enfin que l'on a l'habitude de ranger sous le titre de diathèse arthritique.

On a voulu faire jouer un certain rôle, comme cause déterminante, au traumatisme et aux agents extérieurs. Mais cette théorie ne saurait tenir devant ce fait que la colonne vertébrale et la base du crâne par exemple, régions osseuses bien protégées contre les agents extérieurs, sont très souvent frappées par les métastases.

Pour Sasse cependant, le traumatisme pourrait occasionnellement agir de la façon suivante : « Un os exposé, tel que le tibia, reçoit un choc ; le périoste se détache, il y a hémorrhagie, afflux sanguin à cet endroit, pendant que la vitalité des tissus, à ce niveau, se trouve diminuée. Un germe existant dans le sang y rencontrera par conséquent un excellent milieu pour son développement. »

Cette éventualité est possible assurément, mais on conçoit qu'elle est loin de pouvoir être établie en règle générale.

Comme ce sont les *anatomo-pathologistes* qui ont les premiers attiré l'attention sur cette question des métastases osseuses au cours du cancer de la prostate, il n'y a pas à s'étonner que l'anatomie pathologique soit un des points les mieux connus de ce sujet. Nous nous garderons cependant d'entrer ici dans des détails, peu intéressants pour les lecteurs de ce travail, et nous nous bornerons simplement aux points les plus importants.

En consultant les observations publiées de métastases osseuses au cours du cancer de la prostate ainsi que les faits inédits dont nous avons eu connaissance, nous voyons que c'est la colonne vertébrale qui est le plus souvent frappée. Ce fait peut être rapproché de ce qui a déjà été constaté pour les métastases osseuses consécutives au cancer d'autres organes, au cancer du sein en particulier. En effet, d'après la statistique déjà citée de Leuzinger sur le cancer du sein ; on trouve les chiffres suivants pour 35 cas de métastases osseuses :

Colonne vertébrale	21	fois
Extrémités	11	»
Crâne	3	»

Dans le cas qui nous occupe, c'est le bassin qui vient en seconde ligne, et cela s'explique facilement par la phlébite cancéreuse qui se produit au voisinage de l'organe primitivement infecté : la prostate. En relevant, par ordre de fréquence, quels ont été les os qui furent frappés, soit seuls, soit simultanément avec d'autres chez le même individu, nous trouvons le résultat suivant :

Colonne vertébrale	17	fois
Os du bassin	13	»
Fémur	11	»
Côtes	8	»
Sternum	8	»
Os du crâne	6	»
Humérus	6	»
Omoplate	6	»
Tibia	3	»
Clavicule	2	»
Péroné	1	»
Os de l'avant-bras	1	»

Un autre fait intéressant et tout à fait particulier, c'est le suivant : lorsque, au cours d'un cancer de la prostate, on trouve des métastases dans les os, *les parties molles, exception faite des ganglions, ne sont pas atteintes.*

S'appuyant sur les cas publiés antérieurement, et spécialement sur ceux de Recklinghausen, Sasse considère cette particularité comme une propriété du carcinome prostatique.

Dans les cas où les parties molles sont envahies, c'est par voisinage que cela se produit. Ce fait se rencontre assez souvent dans la dure-mère et dans la plèvre, et cela s'explique très bien si l'on tient compte que les côtes et les os du crâne sont atteints par les métastases dans un assez grand nombre de cas. Dans l'observation que nous a communiquée M. Verhoogen, il y avait un gros noyau dans l'épaisseur du grand pectoral. L'explication de cette localisation reste la même que celle proposée pour la plèvre et la dure-

mère, car, dans ce cas, il y avait des noyaux secondaires dans les côtes.

Rien n'est plus variable que l'aspect macroscopique des lésions. Tantôt les foyers métastatiques n'altèrent pas la forme générale de l'os, tantôt l'os forme tumeur à l'endroit envahi ; il existe alors soit un simple noyau, soit une tuméfaction importante.

Souvent on trouve, en même temps, des épines osseuses en forme de stalactites qui hérissent la surface de l'os. Celui-ci peut en être complètement couvert, comme c'était le cas dans l'observation de SASSE. RECKLINGHAUSEN insiste beaucoup sur ces spicules disséminées à la périphérie de l'os.

Autre détail important, c'est *la moelle osseuse qui est primitivement affectée* et c'est de là que rayonnent les lésions vers la surface de l'os.

Si en effet on pratique des coupes dans les régions envahies et si on arrive à un stade relativement peu avancé, l'infiltration épithéliale est localisée au niveau du canal médullaire qui est parfois rempli par une masse néoplasique. Un peu plus tard on voit que les tissus spongieux et compact sont atteints à leur tour.

La lésion peut se limiter là ; mais quand la tumeur est devenue appréciable à l'extérieur, cela indique que le périoste a été atteint par le processus cancéreux et qu'il a, de son côté, participé à la néoplasie. Mais on peut très bien voir l'intérieur de l'os complètement détruit par le cancer, tandis que le périoste est encore intact.

Parfois le couteau pénètre sans difficulté à l'intérieur de la tumeur et on a, dans ce cas, selon l'expression de RECKLINGHAUSEN, la même sensation que « si l'on coupait une poire ». La tumeur est alors constituée par un tissu finement granuleux dont la couleur varie beaucoup ; quelquefois il est rouge, d'aspect hémorrhagique, souvent brun, et présente, en son milieu, des points blancs plus clairs. Il peut aussi se montrer jaunâtre, de consistance lardacée, ou encore être envahi par la dégénérescence graisseuse.

En tous cas, ces foyers cancéreux sont ordinairement à délimitation peu nette et présentent « l'aspect d'un cancer infiltré » (RECKLINGHAUSEN), d'où le nom d'*ostéite carcinomateuse* que cet auteur a donné à cette forme de métastase, terme qui est plus exact que celui d'ostéomalacie carcinomateuse sous lequel on l'avait d'abord désignée.

A l'intérieur de ce tissu granuleux on voit des spicules osseuses qui paraissent naître du périoste et se dirigent soit vers l'intérieur, soit, plus souvent, vers l'extérieur. La cavité médullaire a ordinairement disparu et se trouve comblée par l'infiltration cancéreuse. Le tissu granuleux enfin peut être creusé de kystes renfermant un liquide rougeâtre ou une substance gélatineuse.

A côté de ces régions granuleuses on trouve ordinairement une sclérose osseuse marquée avec hyperplasie du tissu. L'os y est lisse, d'aspect *éburné* ou bien encore, ainsi que le dit SASSE : « Là où d'une façon générale on trouve du tissu spongieux, il existe de la sclérose et un état éburné tandis que, par contre, la couche corticale compacte de la diaphyse est devenue fortement poreuse et raréfiée. »

On voit, en résumé, que l'infiltration cancéreuse dans les os se présente sous deux formes principales que l'on peut rencontrer séparément, mais qui, souvent aussi, coexistent en un même point : *infiltration avec ramollissement de la substance osseuse ; infiltration avec sclérose et hyperplasie du tissu osseux.*

Au microscope on trouve ordinairement, dans les foyers osseux néoplasiques, des cordons plus ou moins épais de cellules disposées suivant la direction des canaux capillaires ou dans leur intérieur. Il semble même, à certains endroits, que l'on ait affaire à un système de canaux injectés de cellules épithéliales (W. ERBSLÖH).

Quand il existe des kystes, leur paroi est constituée par des cellules cylindriques, avec un mince tissu fibreux dans lequel on trouve dispersées, de loin en loin, des cellules disposées en alvéoles. Dans la plupart des cas, on constate à la fois la raréfaction ou la résorption du tissu ancien en même temps que la formation du tissu osseux nouveau au sein des masses néoplasiques. Cependant, « l'ostéite compacte l'emporte toujours sur l'ostéite raréfiante, de sorte que le caractère destructif du cancer passe à l'arrière-plan » (VON FRISCH).

Quant à la propagation des germes cancéreux dans les os, c'est par la voie sanguine qu'elle se produit, ainsi que RECKLINGHAUSEN l'avait déjà établi d'une façon très nette, et comme l'ont admis tous les auteurs qui ont ensuite étudié la question.

En effet, c'est dans les os où la vascularisation est particulièrement intense, comme dans les vertèbres par exemple, ainsi que dans les portions spongieuses des os longs, dans leurs épiphyses, que l'on rencontre surtout les foyers métastatiques. Les régions où les

vaisseaux sont peu abondants, comme au niveau des insertions musculaires et tendineuses, sont ordinairement épargnées par l'infiltration.

Ce n'est pas à dire cependant que la diaphyse des os ne puisse être envahie; mais ordinairement ce n'est pas sur elle que l'invasion se produit tout d'abord, et on peut supposer, qu'assez souvent, elle a été atteinte par l'extension des foyers épiphysaires.

Remarquons de plus que, dans les cas où on trouve l'envahissement néoplasique à son début, c'est dans la moelle osseuse qu'on le constate d'abord.

Dans certains cas même, on peut suivre sa marche pas à pas, et alors, on voit très nettement l'infiltration épithéliale partir de la moelle, suivre le trajet des vaisseaux sanguins dans les canaux de HAWERS et n'atteindre le périoste qu'en dernier lieu. Et c'est seulement quand le périoste a été envahi que l'on constate la production de nodules et d'aiguilles osseuses en forme de stalactites signalées dans la plupart des observations.

Pour RECKLINGHAUSEN : « les cancers des os siègent uniquement dans la moelle des os ». SASSE est moins exclusif ; il trouve exagérée l'affirmation émise par RECKLINGHAUSEN et reconnaît au périoste la possibilité d'être atteint par une métastase sans participation de la moelle.

Néanmoins la propagation cancéreuse par voie sanguine n'est pas douteuse. Ce qui est moins évident c'est la manière dont elle se produit exactement, d'autant plus qu'on n'en trouve pas une explication dans la coexistence de foyers pulmonaires d'où se ferait la diffusion des éléments épithéliaux dans la circulation.

Il est aussi un point assez obscur, c'est la localisation, pour ainsi dire élective, des métastases dans le système osseux.

D'après M. le professeur CURTIS, il y aurait à cela deux raisons :

1° La ténuité extrême des capillaires osseux ;

2° La lenteur de la circulation, plus grande dans les os que partout ailleurs. De sorte que l'on conçoit ainsi que des germes cancéreux se trouvant dans le sang pourront traverser les poumons, où la circulation est active et les capillaires relativement volumineux, tandis qu'au contraire ils s'arrêteront dans les os, où les conditions inverses se trouvent réalisées.

Les *symptômes* déterminés par la propagation osseuse d'un cancer prostatique, peuvent varier beaucoup suivant les cas. Ils peuvent passer complètement inaperçus et alors la lésion reste ignorée pendant toute la vie ; elle peut même ne pas être découverte à l'autopsie. D'autres fois, elle ne détermine que des symptômes légers et il faut connaître la possibilité de son existence pour la découvrir. Elle peut enfin s'accompagner de signes qui rendent le diagnostic évident. Tout dépend de la forme anatomique de la métastase, de sa marche et des régions du squelette qu'elle a envahies.

Dans les os longs, quand le périoste est atteint, on trouve une tuméfaction parfois très prononcée ordinairement multiple et dont l'existence attire, la plupart du temps, l'attention du malade lui-même.

Il peut n'y avoir qu'un simple empâtement d'une épiphyse, une tuméfaction mal limitée qui, au premier abord, fait penser à une lésion inflammatoire, à de l'ostéo-périostite par exemple, et justifie cliniquement la désignation « d'ostéite carcinomateuse » que lui a donnée RECKLINGHAUSEN.

Quand la tumeur est hérissée de spicules osseuses importantes, celles-ci peuvent être appréciables à travers les parties molles, mais c'est là un fait assez rare qui ne se rencontre guère qu'au niveau des côtes.

La lésion n'est ordinairement pas unique ; plusieurs os souvent éloignés sont frappés simultanément.

Cette généralisation osseuse s'accompagne de *douleurs qui sont presque toujours précoces*. Parfois cependant, c'est une *fracture spontanée* qui est le premier symptôme révélateur de la généralisation.

Ces fractures, quand elles se produisent, sont vraiment caractéristiques, et les fractures tabétiques seules peuvent leur être comparées.

Ainsi, dans le cas de SILCOCK, le malade se fit, dit-il, une fracture du fémur « en attrapant son orteil dans la robe de sa femme qui l'aidait à descendre de son lit ». Cette explication donnée par le malade montre suffisamment que la cause de la fracture peut être tout à fait insignifiante.

Il est enfin un moyen d'exploration qui peut donner des renseignements précieux, surtout pour les os longs, c'est la radiographie. L'image que l'on obtiendra sera différente selon qu'il y aura eu néoformation et hyperplasie du tissu osseux, ou bien raréfaction de ce même tissu qui est parfois remplacé presque entièrement par l'infiltration épithéliale.

Mais les rayons Rœntgen peuvent aussi être utiles pour les autres os. C'est ainsi que Fraenkel a pu présenter des photographies sur lesquelles les vertèbres apparaissent « semblables à du caoutchouc ».

Dans les os plats et les os courts, on peut également ne trouver aucune déformation cliniquement appréciable et les douleurs en un point localisé auxquelles Wolff attache une si grande importance, peuvent être les seuls signes de la localisation cancéreuse.

Souvent cependant, les os présentent des noyaux saillants et sont même quelquefois couverts de tuméfactions irrégulières, qui, dans le bassin, par exemple, en rétrécissent la cavité.

Mais, c'est quand la tumeur gagne les *os du crâne et les vertèbres* que l'on observe les symptômes les plus intéressants.

Dans le premier cas, lorsque la tumeur se développe vers l'intérieur, on peut constater tous les signes que détermine ordinairement la compression lente du cerveau : céphalée, crises épileptiformes, hémiplégie ou paralysie localisée. Si la tumeur frappe le rocher on aura, par exemple, comme dans le cas de Silcock, de la paralysie faciale.

On conçoit évidemment que tout dépend de la région du crâne où se développe la tumeur, et des organes qu'elle comprime ou irrite.

L'envahissement des vertèbres se manifeste de différentes façons. On peut percevoir extérieurement une tuméfaction ou un empâtement, mais ce fait est rare. Dans la plupart des cas, quand la lésion vertébrale détermine une déformation, celle-ci est due au tassement ou à l'effondrement des vertèbres, se produisant par suite de leur ramollissement. Tout se passe ici comme dans le mal de Pott, et on a même donné à cette forme du cancer vertébral le nom de *mal de Pott cancéreux*. Mais, moins souvent que dans la tuberculose du rachis, nous observons un effondrement véritable et une déformation à angle aigu. C'est plutôt une courbure à convexité postérieure que l'on rencontre. Assez souvent même les corps vertébraux envahis conservent leur forme habituelle ou, s'ils présentent des tumeurs saillantes, celles-ci se développent soit dans le canal vertébral, soit en avant du rachis.

Les douleurs prennent ici une importance considérable et se présentent sous deux aspects principaux :

1° Douleurs en un point localisé siégeant au niveau même des vertèbres atteintes. Ce signe fut très net dans notre observation.

2° Douleurs suivant le trajet des nerfs issus de la moelle : intercostaux, sciatique, etc. Ces douleurs révèlent la compression des racines rachidiennes au niveau des trous de conjugaison, par suite de l'affaissement des corps vertébraux ou de l'envahissement de ces mêmes racines par les masses cancéreuses vertébrales. Ces douleurs ont reçu le nom de *pseudo-névralgies*.

Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales. On a alors, quand les nerfs intercostaux sont atteints, des douleurs en ceinture.

Ces douleurs peuvent constituer pendant longtemps l'unique symptôme de l'envahissement vertébral. *Elles sont extrêmement tenaces et résistent à tous les moyens thérapeutiques.*

Très souvent elles ne sont que les signes avant-coureurs d'un phénomène fort important : la *paraplégie*.

Celle-ci peut survenir sans avoir été précédée de douleurs ; mais, en tous cas, elle dénote que la moelle a été intéressée soit par l'effondrement des corps vertébraux, soit par l'extension de la tumeur dans le canal vertébral, d'où compression.

Cette paraplégie se présentera évidemment d'une façon différente, suivant que la compression a été brusque ou lente.

Nous ne ferons que résumer ses symptômes que l'on trouvera décrits tout au long dans les traités de médecine à l'article compression de la moelle.

La paraplégie peut être incomplète au début et on a, dans ce cas, une simple parésie des membres inférieurs mais, ordinairement, les symptômes se complètent rapidement.

La sensibilité dans ses différents modes : contact, douleur, température, sensibilité superficielle et profonde, peut être complètement abolie.

En même temps que cette anesthésie on trouve des douleurs très vives qui constituent ce que l'on a appelé la *paraplégie douloureuse*.

Il est rare de voir, au cours de la paraplégie, les douleurs disparaître, mais cela peut se rencontrer et nous l'avons observé d'une façon très nette dans notre cas. On n'a encore, jusque maintenant, donné aucune explication de cette disparition de phénomènes douloureux.

La paraplégie peut être flasque ou spasmodique. On

a cherché à montrer que ces deux états correspondent à des stades différents de la lésion médullaire : destruction complète de la moelle, ou compression sans que les relations avec le cerveau soient entièrement détruites. Cette règle n'est cependant pas absolue, et des observations contradictoires ont été publiées par un certain nombre d'auteurs.

Quoi qu'il en soit, la paraplégie, flasque au début, peut devenir ensuite spasmodique ; mais, le plus souvent, elle est spasmodique d'emblée.

Les réflexes tendineux sont exagérés et on peut avoir de la trépidation épileptoïde du pied.

Il existe assez souvent des troubles plus ou moins prononcés de la miction et de la défécation : incontinence mais plus souvent rétention d'urine et des matières fécales.

Si nous nous sommes un peu attardé sur cette symptomatologie, c'est que, en raison de la fréquence de la métastase osseuse dans le rachis, nous avons voulu mettre en garde le clinicien contre ces douleurs mal définies qui tourmentent parfois pendant si longtemps certains malades et qui ne sont véritablement explicables qu'après la découverte du cancer d'où est née la métastase. Dans ces cas, il faut tenir compte des moindres troubles urinaires que peut accuser le malade.

Nous n'entrerons pas dans plus de détails sur ce point car ce serait nous entraîner au-delà des limites de ce travail que de vouloir entrer dans l'étude détaillée du diagnostic du cancer de la prostate. Il faut cependant savoir que les symptômes de cette maladie sont parfois bien peu marqués et qu'un examen minutieux permet seul d'établir la relation qui peut exister entre une lésion osseuse supposée cancéreuse et des troubles urinaires quelquefois insignifiants qu'on découvre chez le malade.

Par contre, bien que la chirurgie du cancer de la prostate n'ait guère fait jusqu'ici de nombreux partisans, le chirurgien qui se déciderait à extirper une prostate cancéreuse devra se rappeler la fréquence des métastases osseuses au cours de cette maladie, d'où la nécessité de faire un examen minutieux de tout le système osseux du malade. A ce point de vue, l'emploi des rayons Rœntgen sera d'une grande utilité.

Observation. — Le malade est un homme de 58 ans, observé en ville par MM. Carlier et Looten.

Comme *antécédents héréditaires et collatéraux*, on trouve que son père est mort de pneumonie au cours d'un cancer du rectum ; sa mère est morte à 92 ans. Il n'a eu qu'une sœur, qui est encore vivante et bien portante.

Personnellement, il n'a jamais été malade. Pas de syphilis. Tempérament neuro-arthritique.

Le malade commença pendant l'été de 1900 à présenter des symptômes urinaires se traduisant surtout par de la fréquence de la miction. Le malade remarqua d'autant mieux ce fait qu'il était alors en voyage et se trouvait très incommodé par ses fréquentes envies d'uriner. Pendant le mois de novembre 1900 apparurent des douleurs siégeant particulièrement vers la partie inférieure de la région dorsale et dans la région lombaire.

M. le docteur Looten fut alors consulté.

Des douleurs survinrent bientôt au niveau de la partie supérieure de la région fessière.

En janvier 1901 apparut une sciatique gauche. Pendant ce temps, les symptômes urinaires persistaient sans aucun changement ; la fréquence continuait à être le phénomène dominant. Il n'y avait pas de douleurs à la miction ; les urines étaient absolument limpides et il n'y avait jamais eu d'hématurie.

En présence de cette sciatique, M. Looten pratiqua le toucher rectal et trouva une prostate dure et augmentée de volume d'une façon générale. Il conseilla au malade de consulter M. Carlier, mais cette proposition ne fut pas acceptée. On institua contre la sciatique à peu près tous les traitements connus. On donna de l'antipyrine, de la quinine, de l'iodure, tout cela sans le moindre succès. On fit du stypage, de l'électricité, du massage et le résultat fut tout aussi négatif. Enfin, on envoya le malade à Aix-les-Bains. Là, les douleurs augmentèrent en même temps que les mictions devenaient de plus en plus fréquentes. Le malade ne put terminer sa cure dans cette station. Il revint à Lille et alla ensuite pendant quelques semaines à la station thermale de Saint-Amand. Le massage et les douches qu'on lui administrait exaspéraient encore ses douleurs et, à son retour, celles-ci étaient devenues intolérables. On dut, pour les calmer, pratiquer des injections de morphine.

A ce moment M. Looten pratiqua pour la seconde fois le toucher rectal. Il trouva une prostate bosselée et beaucoup plus volumineuse qu'elle ne l'était lors de son premier examen.

Il demanda de nouveau une consultation avec M. Carlier, et cette fois sa proposition fut acceptée.

M. Carlier vit le malade avec M. Looten le 23 novembre 1901. Voici le résultat de l'examen qui eut lieu à cette époque :

Au *toucher rectal*, on sent une prostate assez volumineuse, très nettement bosselée, avec un prolongement vers la grande échancure sciatique gauche.

Le *cathétérisme* est très facile. L'urine est absolument limpide, elle ne renferme pas trace de sang ni de pus. On n'y trouve ni sucre ni albumine. *Pas de ganglions inguinaux ni pelviens.*

Le malade est amaigri mais n'est pas émacié et ne présente pas le teint habituel des cancéreux. L'appétit

est assez bon, mais il faut toutefois noter un dégoût très marqué pour la viande.

Les sensations obtenues par le toucher parurent tellement nettes aux consultants que le diagnostic de carcinome prostatique fut posé, et qu'on expliqua, par cette maladie, les douleurs déjà anciennes de sciatique gauche.

Le traitement consista dans des injections de chlorhydrate de quinine selon la méthode de JABOULAY, ainsi que dans de petits lavements à l'antipyrine et au laudanum destinés à calmer un peu les fréquentes envies d'uriner.

Ce traitement parut soulager le malade.

Néanmoins, le 16 novembre, celui-ci est pris de rétention d'urine. Il est décidé que le cathétérisme sera pratiqué toutes les quatre heures. M. DAVRINCHE en est chargé par les consultants. L'urine est absolument limpide ; la sonde à béquille passe facilement et provoque simplement une sensibilité un peu vive au niveau de la portion prostatique de l'urèthre. La rétention dure dix jours, puis tout revient au même état qu'avant l'accès.

Pendant ce temps, la sciatique persiste avec les mêmes caractères ainsi que les douleurs lombaires. MM. CARLIER et LOOTEN se rencontrent de nouveau en consultation et constatent de plus, d'une façon très nette, la présence d'une douleur extrêmement vive au niveau de la onzième vertèbre dorsale. Cette douleur est spontanée et se trouve exagérée par la pression.

L'inspection du rachis ne permet de découvrir aucune déformation. De même, en pratiquant l'examen des autres os, on ne trouve aucun autre point douloureux, ni aucune tuméfaction appréciable.

Le malade cependant reprend ses promenades habituelles; mais au début de janvier 1902, se trouvant un jour dans la rue, il sent sa jambe gauche se dérober et s'affaisse. Il se relève et retourne chez lui. A partir de ce moment, les mouvements de la jambe gauche deviennent de plus en plus difficiles; l'autre jambe se prend à son tour, et bientôt la *paraplégie* devient complète. Les réflexes sont exagérés, l'anesthésie est totale et remonte jusqu'à une ligne horizontale passant par les deux mamelons.

Il y a de la rétention d'urine et des matières fécales. Le cathétérisme vésical doit être régulièrement pratiqué, et le malade ne va à la selle qu'au moyen de lavements

Le 25 février, l'état général est encore assez satisfaisant et le malade continue à s'alimenter d'une façon régulière. De plus, les douleurs si vives depuis le commencement de la maladie ont complètement disparu, et le malade rend compte de sa situation actuelle en disant qu'il « a la sensation d'être un buste ».

Il y a de l'œdème des jambes. Bientôt, une escare sacrée profonde apparaît, les urines deviennent ammoniacales, et des accès de fièvre se produisent.

Le malade meurt le 12 mars 1902. L'autopsie ne put être pratiquée. Néanmoins les signes cliniques paraissent suffisamment nets pour que l'on puisse porter le diagnostic de foyer métastatique dans la colonne vertébrale au cours d'un cancer non douteux de la prostate.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN et HALLÉ. — Hypertrophies et néoplasies épithéliales de la prostate. *Ann. des mal. des org. génit. urin.*, 1898, p. 797.

ALBARRAN. — *Traité de Chirurgie* de LE DENTU et DELBET, t. IX.

BAMBERGER et PALTAUF. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, n° 44.

BRAUN. — Ueber osteoplastisches Carcinom der Prostata. *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1896, n°s 12 et suivants.

CARLIER. — *Bulletin de la Société Centrale de Médecine du Nord*, 1899.

CASPER. — *Lehrbuch der Urologie*. Berlin et Vienne, 1903.

SIDNEY CONE. — A case of carcinoma metastasis in bone from a primary tumor of the prostate. *Johns Hopkins Hospital Bullet.*, 1898, p. 114.

S. COUPLAND. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1877, vol. 28, p. 185.

DAVRINCHE. — Des métastases osseuses dans le cancer de la prostate. *Thèse de Lille*, 1903.

ENGELBACH. — Les tumeurs malignes de la prostate. *Thèse de Paris*, 1888, n° 85.

W. ERBSLÖH. — *Archiv. de* VIRCHOW, 1901, CLXIII, 1, p. 20.

FRAENKEL. — *Aerztlicher Verein in Hamburg* et *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 17 August 1899.

VON FRISCH. — Krankheiten der Prostata, in Nothnagel : Specielle Pathologie und Therapie, 1899, XIX, Band 2.

GUYON. — Maladies des voies urinaires.

JOLLY. — Essai sur le cancer de la prostate. *Archives générales de Médecine*, 1869.

JULLIEN. — Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. *Thèse de Paris*, 1895, n° 466.

LABADIE. — Du cancer de la prostate. *Th. de Lyon*, 1896, n° 1136.

LEUZINGER. — Die Knochenmetastasen bei Krebs. *Inaug Dissert.*, Zurich, 1886.

MÜLLER. — Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie der untersten Rückenmarks Abschnittes. Leipzig, 1898. Obs. VI, p. 41.

RECKLINGHAUSEN. — Die fibröse oder deformirende Ostitis, die Osteomalacie und die osteoplastische Carcinose in ihren gegenseitigen Beziehungen. *Festschrift zu Virchow's 71 Geburtstage*, Berlin, 1091.

SASSE. — Ostitis carcinomatosa bei Carcinom der Prostata. *Archiv. für klin. Chir.*, 1894, XLVIII, 593.

Q. SILCOCQ. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1884, vol. XXXV, p. 244.

SCHUCHARDT. — *Deutsche Chirurgie : Die Krankheiten der Knochen und Gelenke*, p. 255.

H. THOMPSON. — *Trans. of the path. Soc. of London*, 1854, vol. V, p. 204.

— *Diseases of the Prostate*, Londres, 1886, 6e édition.

TRIPIER. — Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse. *Thèse de Paris*, 1866.

R. WOLFF. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1889, vol. 52, p. 397, et vol. 53, p. 126.

FAITS NOUVEAUX

Procédé pour faciliter le cathétérisme de l'urèthre dans le cas de retrécissements organiques ou spasmodiques et d'obstacles au niveau de la prostate. — Sous ce titre, l'*Indian Medical Record* recommande la pratique suivante qui rend de très grands services : Remplir une seringue à urèthre d'huile d'olive (ou de tout autre huile comestible) et en injecter environ 10 centimètres cubes dans le canal. Serrez l'urèthre au-dessous du gland pour empêcher l'huile de sortir et introduisez le cathéter (n° 8 ou 10 de préférence). Celui-ci repousse comme un piston une partie de l'huile, qui s'insinue sans doute dans le rétrécissement, le fait bâiller et prépare l'entrée de la sonde ; toujours est-il que cette petite injection d'huile a donné de nombreux résultats au vieux praticien (old practitioner) qui le signale comme étant très supérieur à la simple onction du cathéter avec un corps lubréfiant. Dr Bédart.

Variétés & Anecdotes

Une histoire de charlatan racontée par le *British medical Journal* qui l'attribue à Malgaigne :

Le Dr Sabatier, auteur d'un traité de chirurgie opératoire au XVIIIe siècle, aimait à se promener dans les rues de Paris, écoutant les boniments des charlatans qui, n'ayant pas à leur disposition la quatrième page des journaux, étaient obligés, à cette époque, de célébrer eux-mêmes, de vive voix, les vertus infaillibles de leurs élixirs.

Un jour que Sabatier écoutait ainsi les discours d'un de ces guérisseurs en plein vent, l'orateur, qui venait de déclarer qu'il n'était pas un vulgaire charlatan comme tant d'autres, mais un savant bien connu des meilleures autorités scientifiques, remarqua cet auditeur, d'allure grave, qui, appuyé sur sa canne, semblait se complaire à son discours. Et, soudain, s'interrompant :

« Regardez, Messieurs, s'écria-t-il, cet homme vénérable qui m'écoute, il est facile de voir que c'est un homme d'étude et de science. Je vais lui parler dans la langue qu'il connaît, c'est-à-dire en latin, et vous verrez qu'il est d'accord avec moi. »

Alors, s'adressant à Sabatier :

« Monsieur, voici le point que je veux vous soumettre : *Vulgus vult decipi* ».

Sabatier, interloqué par l'audace du charlatan, répondit : « Parfaitement ! »

« Ceci étant, continua l'autre, tirez vous-même la conséquence : *Ergo decipiatur !* »

Une auto-laparotomie

Il s'agit d'un exemple étonnant de sang-froid et de courage donné par un soldat espagnol et dont l'histoire nous est racontée par Brantôme. C'était pendant la campagne de Lombardie et au cours d'une bataille entre Espagnols et Français ; un soldat espagnol de Louis de la Sena fut blessé par une balle qui lui pénétra dans l'abdomen. Le soldat, sans perdre son sang-froid, sortit des rangs, prit un couteau, se fit une petite incision dans la partie inférieure de la paroi abdominale et, avec les doigts introduits dans l'ouverture ainsi pratiquée, se mit à la recherche de la balle. Il enleva celle-ci, et avec une aiguille recousut la plaie opératoire comme aurait pu le faire un chirurgien. Il retourna ensuite dans les rangs et continua à se battre comme si de rien n'était. Malheureusement un coup d'arquebuse lui creva l'œil et cette fois il ne lui fut pas possible de s'opérer lui-même. Brantôme nous raconte que l'une et l'autre blessure guérirent et que son courage fut récompensé par l'octroi d'une pension que lui fit l'empereur Charles-Quint.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Jeudi 9 juillet, le sanatorium de St-Pol-sur-mer était en fête, dans l'attente de la visite de M. le Président de la République. Plusieurs fois différée déjà, cette visite du chef de l'Etat à l'établissement d'assistance, qu'a conçu et créé le philanthrope éclairé qu'est M. Vancauwenberghe, maire de la commune de St-Pol-sur-mer, était bien due à son promoteur pour l'effort humanitaire dont témoigne l'établissement et aussi pour les résultats thérapeutiques qui y sont obtenus.

Le monde officiel et tous les amis de l'œuvre étaient présents, ne pouvant pas ne pas admirer : le doyen de la Faculté de Médecine et le professeur Calmette étaient de ce nombre, au milieu des sénateurs, des députés, des conseillers généraux, du corps médical du Dunkerque qui avaient tenu à assister en nombre à la manifestation de sympathie qu'était cette solennité pour M. Vancauwenberghe et son œuvre.

Parcourant successivement chacun des pavillons du Sanatorium, M. le président Loubet, accompagné du président du Conseil d'administration du sanatorium et de M. Vincent, préfet du Nord, s'intéressa à un corset plâtré de Sayre, dont notre collègue, le docteur Lambret, l'un des chirurgiens du sanatorium, lui montra le fonctionnement ; il s'informa, avec sa gracieuse bonhomie, à la santé de quelques enfants porteurs de pansements ; il s'arrêta devant le plan en relief du futur sanatorium de Zuycoote et résuma en un discours, simple de ton, mais élevé de sentiments, ses impressions sur les hommes qui dirigent et aussi sur ceux qui favorisent la vie de cet établissement; la Faculté de médecine de Lille eut sa bonne part dans les louanges que le Président formula à ce moment.

Puis, le cortège se dirigea vers la « Goutte de lait » de Saint-Pol, qui, pour ménager les instants de M. Loubet,

avait été transportée momentanément au sanatorium. Notre collègue, M. Ausset, qui a assumé la direction médicale de cette consultation pour nourrisson avec fourniture de lait stérilisé, présenta en un très heureux raccourci, le but et les résultats de l'œuvre, qu'un philanthrope de l'entourage de M. Vancauwenberghe a royalement doté pour en permettre le fonctionnement prolongé. Cet homme de bien, M. Davenport, reçut des mains de M. Loubet, la croix de la Légion d'honneur, aux applaudissements de l'assistance. MM. les docteurs Gaudier et Le Fort, présents dans leurs services respectifs, furent présentés au passage à M. le président Loubet.

Le temps limité dont disposait M. le Président de la République ne lui permit point d'assister à la pose de la première pierre du sanatorium de Zuydcoote. Cette cérémonie se fit sous la présidence de M. Vincent, préfet du Nord, délégué spécialement à cet effet. Le futur sanatorium de Zuydcoote remplacera celui de St-Pol-sur-mer, destiné à disparaître dans quelques années, pour faire place à des bassins pour Dunkerque. A Zuydcoote encore chaque invité put admirer les généreuses conceptions humanitaires de M. Vancauwenberghe et dut se dire que de tels hommes sont trop rares dans un pays ; on ne saurait trop répéter, en effet, même dans un journal de médecine, quel bien lui doivent dans notre région, les déshérités de la fortune et les victimes de notre vie industrielle régionale.

—Nous sommes particulièrement heureux de féliciter nos collègues Lambret et Vallée, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lille, de la distinction honorifique dont ils ont été l'objet à l'occasion du 14 juillet. En même temps que MM. Lambret et Vallée étaient nommés officiers d'Académie, M. Hachet, commis du secrétariat à la Faculté, était nommé officier de l'Instruction publique ; nous lui adressons aussi toutes nos félicitations.

— Parmi les nominations et promotions récentes parmi les **Médecins des asiles d'aliénés**, nous relevons que M. le docteur Musin, médecin-adjoint à Dury (Somme), est nommé à Châlons-sur-Marne ; M. le docteur Simon est nommé à Dury (Somme) ; et que M. le docteur Briche, médecin-adjoint à Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la classe exceptionnelle du grade.

— Le docteur Marquis, maire d'Avesnes (Nord), vient de recevoir la croix de Chevalier de la Légion d'honneur ; même distinction vient d'être accordée au docteur Manoha, médecin-major de 2e classe, secrétaire de la direction du service de santé du 1er corps d'armée à Lille. L'*Echo médical du Nord* adresse à ces confrères ses meilleures félicitations.

Soutenances de Thèses

M L.-S.-A. Camus, de Vesoul (Haute-Savoie), interne des hôpitaux, lauréat (bis) de la Faculté, a soutenu, avec succès, le vendredi 17 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 143), intitulée : **Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit de la langue.**

— M. E.-H.-A. Sys, de Dunkerque (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 17 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 145), intitulée : **Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané consécutif à la bronchopneumonie et à la pneumonie non tuberculeuse.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Bordeaux. — M. le docteur Grenier, de Cardenal, a été, après concours, nommé chef de clinique médicale.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont promus : *Commandeur* : MM. les docteurs Robin, de l'Académie de médecine ; Robert, médecin inspecteur de l'armée.— *Officiers* : MM. les docteur Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Poignon, Aubert, Bourdon, Gorsse et Julié, médecins principaux ; Uciani, médecin major de 1re classe de l'armée active ; Redard, médecin major de 1re classe de l'armée territoriale. —*Chevaliers* : MM. les docteurs Launois, Vaquez, Souques, médecins des hôpitaux de Paris ; Marie, de Villejuif ; Carron de la Carrière, Miélée, de Paris ; Maestrazi, président du Conseil général de la Corse ; Mareau, d'Angers ; Marquis, d'Avesnes ; de Lavarenne, de Luchon ; Jaurès, de Dourgue ; Tarrade, de Châteauneuf ; Graux, de Contrexéville ; Arragon, Bilouet, de Casaubon, Guerchet, Jamot, Farganel, Pradet, Léorier, Lépagnez, Le Roy, Munschina, Pouillaude, médecins-majors de 1re classe ; Barrière, Bouquet de Jolinière, Bourdin, Cot, Dalphin, Goudal, Hutre, Jacquin, Manoha et Nabona, médecins-majors de 2e classe de l'armée active ; Chambrelent, Hubert et Saint-Ange, médecins-majors de 1re classe de l'armée territoriale ; Bénard, médecin-major de 2e classe, et Meslier, médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Lecacheur, d'Angers (Maine et-Loire) ; Compoin, d'Attichy (Oise) ; Faure-Favier, de Firminy (Loire) ; Cassabois, de Morez (Jura) ; Frédéric Masson, médecin aide-major de 2e classe de l'armée ; Aubé et Lemaignen, de Rouen (Seine-Inférieure).

N° 341. Septième Année. N° 30 Le Numéro : **10** centimes 26 Juillet 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Grossesse gémellaire et insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies précoces et avortement (1)

par le docteur **M. Oui**, agrégé des Facultés de médecine chargé de cours d'accouchement à l'Université de Lille.

Le 20 mai dernier, dans la soirée, entrait à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Folet, une jeune femme de 19 ans, envoyée d'urgence à l'hôpital pour métrorrhagies.

Le 21 mai, je la vis pour la première fois et voici les renseignements que j'en obtins.

Cette femme, qui ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents tant personnels qu'héréditaires, a toujours eu une menstruation régulière.

Elle a eu ses règles, pour la dernière fois, du 12 au 15 janvier. Puis, le 25 janvier, elle a commencé à perdre du sang, sous forme d'un suintement peu abondant, mais continu pendant une semaine environ. L'écoulement sanguin s'interrompit alors pendant une semaine, pour reprendre ensuite, dans les mêmes conditions que précédemment. Les pertes sanguines continuèrent ainsi, interrompues à peu près une semaine sur deux, jusqu'au 12 avril.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 12 juin 1903.

Le 12 avril, se produit une première hémorrhagie abondante, avec expulsion de caillots. A partir de ce jour le suintement sanguin devient continu, renforcé par des hémorrhagies abondantes accompagnées de caillots qui se produisent le 27 avril, les 11 et 19 mai.

Un médecin, appelé le 20 mai auprès de la malade, la fait transporter à l'hôpital.

Examen le 21 mai : Pâleur extrême ; anémie très prononcée. P. 120, pas d'hyperthermie.

L'hémorrhagie s'est complètement arrêtée depuis l'entrée de cette femme à l'hôpital. Par le palper abdominal, on trouve un utérus régulièrement développé, remontant à peu près à deux doigts au-dessus de l'ombilic et dans lequel on ne perçoit aucune partie fœtale.

Par le toucher, on trouve le col fermé. La partie postérieure du segment inférieur est sensiblement épaissie.

L'auscultation ne permet pas d'entendre de bruits du cœur fœtal. Je porte le diagnostic de grossesse de quatre mois environ, avec insertion vicieuse du placenta et, étant donné le volume un peu excessif de l'utérus pour une grossesse de ce genre, je pense qu'il existe un léger degré d'hydramnios.

Le 22 mai, la malade est transférée à la Maternité, à deux heures, présentant déjà des contractions douloureuses. Elle est prise, peu après, d'une violente hémorrhagie. L'interne de garde la voit vers quatre heures, constate, par le toucher, que le col est ouvert et laisse passer un cotylédon placentaire. Il lui est impossible d'atteindre aucune partie fœtale. L'hémorrhagie s'étant arrêtée spontanément, M. Minet se garde de toute intervention. A cinq heures et demie, le fœtus est expulsé. L'arrière-faix suit immédiatement.

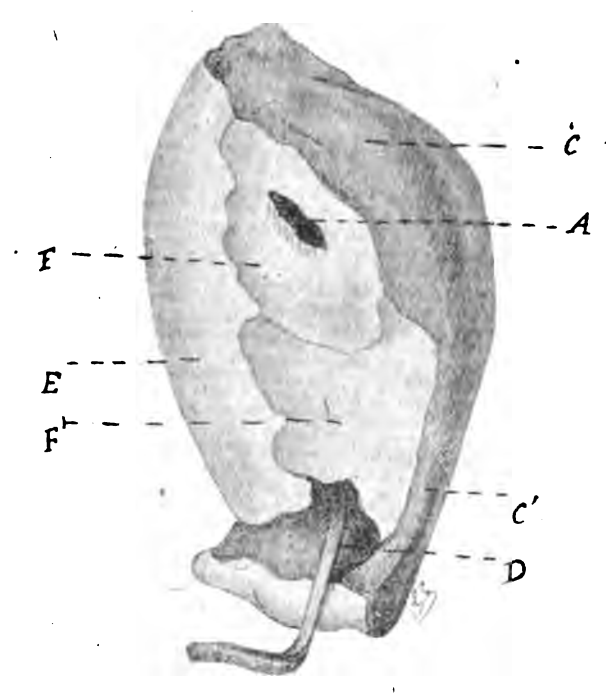
Fœtus mort, non macéré, présentant à peu près les dimensions d'un fœtus de quatre mois.

Examen de la pièce. — Deux choses frappent, tout d'abord, dans l'examen de cette pièce : l'étendue de la surface occupée par le placenta, le siège de l'ouverture des membranes.

Le placenta occupe près de la moitié de la surface ovulaire. Il s'étendait évidemment du fond de l'utérus jusqu'à l'orifice interne. Relativement épais à la partie supérieure, il est très aminci dans les deux tiers inférieurs (C-C'.)

L'ouverture ovulaire qui a livré passage au fœtus se trouve tout à fait sur le bord du placenta (D).

La caduque, très épaisse (E), enveloppe l'œuf sur les



trois-quarts de sa surface environ ; elle manque dans toute la hauteur de l'œuf en F-F', laissant le chorion à nu.

En examinant de plus près l'arrière-faix, on constate, au-dessus de la poche qui contenait le fœtus expulsé, une seconde poche liquide, fluctuante, de la grosseur d'un bel œuf qui, incisée (A), laisse écouler un liquide légèrement jaunâtre louche, un peu épais.

Le premier point intéressant de cette observation c'est la précocité des hémorrhagies. Il n'y a, évidemment, pas lieu de rattacher à l'insertion vicieuse du placenta (le placenta ne se limitant qu'au troisième mois) les suintements sanguins observés par cette femme à partir du 25 janvier. Ces petites hémorrhagies paraissent devoir être attribuées à une endométrite, hypothèse d'autant plus probable que la caduque présente, dans ce cas, une épaisseur insolite.

Mais, par contre, les hémorrhagies du 12 avril, celles du 11 et du 19 mai, se produisant de la fin du 3e à la fin du 4e mois, alors que le placenta était nettement limité, ne me paraissent pouvoir être dues qu'à l'insertion vicieuse de ce placenta, leur abondance ne permettant pas d'en attribuer la cause à l'endométrite.

Ce fait constitue donc une démonstration très nette de la précocité des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies capables de provoquer l'interruption de la grossesse.

Le second fait intéressant de cette observation, c'est l'existence, à la partie supérieure de la masse ovulaire, de la poche liquide décrite plus haut.

Cette poche n'est certainement pas un kyste du placenta, car les parois en sont formées par l'amnios et le chorion.

Nous ne pouvons donc avoir affaire qu'à un second œuf, dans lequel l'embryon avait succombé depuis plusieurs semaines, puis, s'était dissous dans le liquide amniotique. Le liquide qui s'écoula lors de l'incision de la poche avait, d'ailleurs, les caractères que présente le liquide amniotique après dissolution de l'embryon.

La mort et la dissolution d'un des embryons au cours des premières semaines d'une grossesse gémellaire sont des faits rarement observés et, par conséquent, dignes d'être signalés.

Myélite syphilitique précoce (1)

par M. E. Gellé, Interne des Hôpitaux.

Le 19 juin dernier est entré dans le service de M. le professeur Combemale un malade âgé de trente-un ans, atteint de paralysie de la jambe droite, de rétention d'urine et d'une opiniâtre constipation.

Au point de vue des antécédents héréditaires nous apprenons que le père est encore vivant mais que la mère est morte d'une affection utérine. Nous ne relevons rien de particulier dans les antécédents collatéraux.

En interrogeant le malade sur ses antécédents personnels nous constatons qu'il a eu la variole à l'âge de quatre ans. Celle-ci fut assez grave ; on peut encore voir de nombreuses cicatrices sur le corps et sur le visage. La convalescence fut longue, le malade dut réapprendre à marcher. En 1890, à l'âge de dix-huit ans, on lui pratiqua l'ablation d'un testicule pour tuberculose probable.

Marié depuis deux ans, père de famille depuis un an, il nous dit que sa femme est bien portante et n'a jamais fait de perte.

Le 23 décembre 1902, le malade s'aperçut qu'il était porteur d'un chancre syphilitique développé sur le prépuce. Ce chancre avait été contracté le 1er décembre, jour de St-Eloi. On constatait également une adénopathie indolore de la grosseur environ d'une noix et située dans les deux aines.

La roséole apparut au mois de février, elle fut confluente et très intense. On peut même encore en certains points en relever les traces pigmentées.

Deux mois après, vers le milieu d'avril, l'alopécie commence à se manifester. En mai se montrent, disséminées sur le tronc et les membres, quelque grosses syphilides papulo-croûteuses.

De plus à cette même époque le malade se plaint de violents maux de gorge et de céphalées continuelles. Ce sont des douleurs en casque prenant toute la tête et la nuque comme dans un étau. Leur intensité est beaucoup plus grande le soir. Jamais il n'eut de bourdonnement d'oreille ni de vertige.

Le traitement durant toute cette époque fut presque insignifiant, c'est à peine si depuis l'apparition du chancre jusqu'au 17 juin, de quatre-vingts à cent pilules de protoiodure de mercure furent absorbées. Chaque pilule étant de 0.02 centigrammes.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 24 juillet 1903.

Le 28 mai dernier le malade qui, de son métier, est dresseur de tôles, reçut au cours de son travail, par suite d'un redressement subit d'une tôle fortement courbée, une assez vive commotion dans la région dorso-lombaire. Il ressentit aussitôt et pendant les jours suivants une courbature assez vive qui même devenait douloureuse à la flexion du corps et siégeait dans la région dorsale. Il y avait des irradiations dans tout l'espace compris entre deux lignes parallèles et perpendiculaires à l'axe vertical et dont l'inférieure aurait passé au niveau de la première vertèbre sacrée, tandis que la supérieure aurait été située vers l'angle inférieur des deux omoplates. Ces irradiations douloureuses se faisaient en ceinture principalement le long des trajets costaux.

Cette gêne dorsale durait environ depuis trois semaines quand, le 17 juin, vers midi, le malade s'aperçut qu'il urinait plus difficilement qu'à l'ordinaire. Les mictions devenaient peu abondantes, plus fréquentes et douloureuses. Après chacune de ces dernières, le malade éprouvait la sensation d'une éjaculation.

La démarche était également moins facile, les jambes devenaient plus faibles, légèrement engourdies, et même se dérobaient parfois. Le malade en rentrant chez lui, le 17 au soir, titubait comme s'il était ivre. Ce même soir les mictions furent impossibles. On fut obligé de le sonder. Cette opération sera par la suite réitérée deux fois par jour.

Le lendemain la démarche devient de plus en plus pénible.

Le 19 juin le malade entre à l'hôpital. Son état est le même que la veille.

Lorsque nous l'examinons, nous constatons d'abord que toute trace de motilité volontaire a disparu dans le membre inférieur droit. La paralysie est flasque, la jambe et la cuisse sont allongées inertes dans le lit, le pied est en équinisme. Les mouvements imprimés se font facilement sans contracture musculaire, et si l'on soulève le membre au dessus du plan du lit, on le voit retomber flasque et sans résistance, dès qu'on l'abandonne à lui-même. La jambe gauche, bien que beaucoup moins atteinte, est légèrement parésiée ; la sensation de force y est beaucoup moins développée qu'à l'état normal.

La marche est totalement impossible. Si l'on fait mettre le malade debout, on le voit s'affaisser, les jambes pliant sous le poids du corps. La jambe gauche cependant résiste beaucoup mieux que la jambe droite.

L'étude des réflexes et de la sensibilité fut assez intéressante, car elle nous donna l'occasion d'observer le syndrome de Brown-Séquard, d'ailleurs déjà cité par certain nombre d'auteurs, entre autres par MM. Gilbert et Lion et Orlowsky.

Du côté du membre paraplégié, c'est-à-dire la jambe droite, la paralysie était flasque, les réflexes plantaires, rotuliens et crémastériens étaient abolis. La sensibilité, au contraire, était conservée et même hyperesthésiée dans tout le membre, tant à la douleur qu'au toucher et à la température.

Du côté gauche, au contraire, la sensibilité est considérablement diminuée et même totalement disparue en certains points, qu'il s'agisse de la sensibilité au toucher, à la douleur, au chatouillement, à la température. Cette altération de la sensibilité s'élevait jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic et s'étendant perpendiculairement à la ligne blanche. Au dessous de cette ligne on trouvait une légère bande d'hyperesthésie. Les différents réflexes de ce côté (plantaire rotulien crémastérien) étaient légèrement augmentés.

La température des deux membres ne présentait pas d'écart appréciable. Le sens musculaire était conservé.

Les sphincters anaux et vésicaux étaient également intéressés.

Comme nous l'avons vu plus haut, les mictions étaient impossibles, le malade n'urinait que très peu et par regorgement, d'où l'obligation de le sonder deux fois par jour. On retirait chaque fois un litre d'urine environ.

La constipation était opiniâtre.

Notons en outre que l'on rencontrait sur les membres inférieurs des syphilides papulo-croûteuses en voie d'évolution.

On institua immédiatement le traitement mixte, à savoir huile grise et iodure de potassium. L'huile grise à la dose d'une seringue de Barthélemy chaque semaine et quatre grammes d'iodure. Ce dernier sera d'ailleurs porté à six grammes deux jours après.

Pendant les jours suivants l'état reste le même ; puis peu à peu les symptômes iront en s'amendant.

Le 1er juillet, le malade commence à pouvoir plier le membre inférieur droit qui, jusque-là, était resté inerte. Mais ceci ne se fait qu'au prix d'efforts considérables. Les mictions redeviennent possibles mais encore très péniblement. Toutefois on n'est cependant plus forcé de recourir au cathétérisme.

Le 9 juillet le mieux s'accentue. Les mouvements réapparaissent peu à peu dans la jambe droite. La jambe gauche a repris presque entièrement sa force normale.

Le syndrome de Brown-Séquard est presque totalement disparu. La sensibilité, bien qu'atténuée et retardée, existe maintenant dans tout le membre inférieur gauche jusqu'au niveau de l'ombilic, qu'il s'agisse de la sensibilité tactile, ou de la sensibilité à la douleur, ou au calorique. La zone d'hyperesthésie sus-ombilicale a disparu. Dans le membre inférieur droit l'hyperesthésie est moins perceptible qu'auparavant. Lorsque l'on recherche l'état des réflexes, on peut voir que ceux-ci sont encore différents suivant que l'on examine le côté sain et le côté paralysé.

Du côté du membre inférieur droit paraplégié, on constate que l'excitation de la plante du pied provoque des secousses cloniques dans le membre inférieur sans que toutefois le réflexe plantaire existe d'une façon évidente. On remarque au contraire la présence du signe de Babinski.

Le réflexe rotulien est exagéré. Le réflexe crémastérien est encore très diminué, mais existe cependant.

Le membre droit est le siège très net de trépidations épileptoïdes.

Dans la jambe gauche, les réflexes sont normaux. Il faut toutefois remarquer que lorsqu'on recherche la trépidation épileptoïde on a quelques trémulations, mais celles-ci sont de faible amplitude et peu nombreuses.

Le malade marche maintenant assez facilement à l'aide d'une canne, mais il fauche toujours de la jambe droite. Il se tient en outre assez bien sur la jambe gauche seule et sans appui.

Les mictions sont redevenues incolores et presque normales ; le jet toutefois est moins fort que précédemment.

La constipation persiste encore.

Le 16 juillet, la sensibilité est redevenue normale dans les deux membres inférieurs. Pour ce qui est des réflexes, on constate également des deux côtés une exagération des réflexes rotuliens. Le réflexe crémastérien est normal, l'excitation de la plante du pied donne le signe de Babinski, avec de nombreuses secousses cloniques dans le membre inférieur. Ceci existe des deux côtés. Du côté droit cependant la trépidation épileptoïde est plus nettement accusée.

Les mictions sont normales.

La marche est beaucoup plus facile, bien que le malade penche encore de la jambe droite.

Cette observation nous a paru présenter quelqu'intérêt, tant au point de vue de la précocité de l'affection, qu'au point de vue de sa cause déterminante. C'est ainsi qu'en consultant les différentes statistiques de Lamy (1), d'Orlowski (2), de Gilbert et Lion (3), ainsi que celle de Nottas (4), nous avons pu nous rendre compte que sur deux cent trois cas qui ont été relatés, l'affection n'avait été rencontrée que vingt et-une fois du troisième au sixième mois après l'accident initial.

De plus, nous croyons pouvoir admettre au point de vue étiologique que la commotion spinale que notre malade reçut au cours de son travail n'est peut-être pas étrangère à l'apparition de la localisation médullaire de sa syphilis. Il semble même que l'on soit autorisé à douter que ce traumatisme de la région lombaire ait pu amener une contusion même légère de la moelle à ce niveau, et provoquer une plaque de méningo-myélite syphilitique ; d'autant plus que la maladie grave dans ses manifestations précédentes n'avait été qu'à peine traitée.

Cette étiologie, bien que rare, a été cependant signalée et nous citerons à l'appui de notre cas, les cinq autres relatés par Orlowski. Elle est d'autant plus vraisemblable ici, que l'on relève dans les antécédents de cet homme deux maladies graves, une variole qui l'atteignit de telle façon, qu'à l'âge de quatre ans il dut réapprendre à marcher, et un testicule tuberculeux dont il fut opéré à dix-huit ans. Que sa moelle dans ces deux circonstances ait été effleurée, ce n'est pas douteux ; il n'en fallait pas plus, avec l'ébranlement médullaire signalé, pour appeler la localisation syphilitique observée. Bien des syphilitiques n'ont pas d'aussi sérieuses prédispositions pour réaliser une myélite précoce.

(1) Lamy. — Thèse Paris, 1893.
(2). Orlowsky. — *Annales de Dermatologie*, 1896.
(3) Gilbert et Léon. — *Archives générales de Médecine*, 1899.
(4) Nottas. — Thèse Paris, 1894.

Consultations Médico-Chirurgicales

Botulisme

Professeur F. Combemale.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I**. Un homme mange à un repas de la viande de veau livré mort à la consommation ou abattu déjà malade, du gibier par trop faisandé ou forcé à la course et insuffisamment cuit, du pâté de viande avancé, du poisson conservé dans la glace ou des moules à l'époque du frai. Quelques heures après il se met à vomir, puis est en proie à une diarrhée profuse et fétide ; il s'alite avec des douleurs articulaires, des crampes, de la céphalée, de l'adynamie et de l'hypothermie ; on pense à une attaque de choléra, à un catarrhe gastro-intestinal. S'il s'agit de plusieurs personnes ayant pris le même repas, le diagnostic n'est pas aussi hésitant. Du reste, en quelques heures on est détrompé, car tout peut alors être rentré dans l'ordre. Il s'agissait d'une *intoxication alimentaire d'origine carnée*.

II. — De quinze à dix-huit heures après un repas où il a été consommé du jambon avarié, des viandes trop longtemps conservées, des conserves alimentaires mal bouchées, des crêmes faites avec des jaunes d'œufs altérés, plusieurs personnes présentent simultanément une indigestion qui, commencée quelques heures plus tôt, va s'aggravant ou s'annonce seulement alors. Cette indigestion est constituée par des nausées, des douleurs abdominales intenses, des vomissements verdâtres et acides, mais ne comporte pas de diarrhée profuse ; s'il y a eu une ou plusieurs selles, elles sont noires et gluantes. Ces personnes ont conservé leur appétit, mais elles n'ont pas soif.

De trente-six heures à deux jours après ce même repas, nausées et vomissements persistent ; une soif ardente est survenue, que le malade ne peut satisfaire en raison d'une dysphagie considérable et de spasme de

la gorge: l'haleine est fétide, la langue saburrale, la muqueuse buccale très sèche, rouge, ulcérée, plaquée d'exsudats; on constate de la dyspnée et de l'angoisse précordiale, de l'aphonie, des accès de toux parfois; le pouls, mou et lent, bat de 50 à 60: les bruits du cœur sont affaiblis; la peau est pâle et sèche, on note de l'hypothermie, de l'anurie, mais il n'existe que rarement de l'albuminurie, alors que l'indican est très abondant.

Les yeux mi-clos, le regard brillant et fixe, la pupille agrandie et immobile, le patient reste dans une apathie soporeuse, d'où on ne le tire que difficilement, pour l'entendre se plaindre de fatigue extrême, de diplopie, d'amaurose, de vertiges, de céphalée s'ils se mettent sur leur séant, d'engourdissement des doigts, de fourmillements dans les orteils. Il s'agit de l'intoxication alimentaire dite *botulisme*.

Cet état durera de quelques jours à plusieurs semaines. La fin de la première semaine est critique, et la mort, si elle doit survenir, viendra avant le huitième jour, dans le subdélire, une faiblesse extrême, peut-être avec des convulsions. Dans le cas contraire, la convalescence sera longue, les troubles digestifs cédant les premiers, la dyspnée ne s'effaçant qu'ensuite, les troubles oculaires disparaissant les derniers en même temps que l'abattement et l'amaigrissement qu'ont causés les troubles de la déglutition.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'intoxication alimentaire par les viandes avariées est généralement l'association d'une intoxication vraie par des substances toxiques préformées à une intoxication microbienne, qui résulte du développement dans le milieu alcalin de l'intestin des cultures bactériennes ingérées avec l'aliment. Les deux cas distincts d'intoxication vraie et d'intoxication microbienne peuvent cependant se rencontrer isolément.

Les accidents gastro-intestinaux qui témoignent de cette intoxication exigent, comme dans tout empoisonnement, que le séjour dans l'économie de ces substances toxiques ne se prolonge pas: d'où l'indication de parer à leur évacuation aussi rapide que possible. Quant aux accidents nerveux, hypothermie, adynamie, troubles oculaires, dyspnée, dysphagie, qui traduisent l'influence des toxines ingérées ou produites dans l'intestin, comme on ne peut les prévenir autrement qu'en contrecarrant la pullulation des bactéries qui les forment, on s'emploiera d'abord par une sorte d'antisepsie interne, à enrayer ces fermentations intestinales; on en atténuera d'autre part l'expression clinique, dangereuse pour les organes qu'elle menace et pour la vie des patients.

TRAITEMENT. — Cliniquement, ce qui sépare l'intoxication alimentaire accidentelle bénigne d'avec le botulisme, c'est la persistance des troubles digestifs, leur aggravation, puis l'apparition de phénomènes nerveux graves. Dans les deux cas, la thérapeutique doit donc être univoque au début, pour évacuer les substances causes de la gastroentérite constatée; lorsque la gastroentérite s'aggrave et se complique de réactions nerveuses, la thérapeutique, tout en visant en principe toujours à l'évacuation des poisons devient aussi et surtout symptomatique.

TRAITEMENT D'URGENCE. — Quelque soit la nature de l'aliment altéré, la conduite à tenir est la suivante:

a) L'ingestion des aliments suspectés est récente. — Lorsque le laps de temps qui s'est écoulé depuis le repas suspect est court, et qu'on suppose que l'estomac contient encore tout ou partie des aliments, il faut tout faire pour l'évacuer.

α) Si par hasard les vomissements n'ont point apparu, procédez sans retard à un **lavage de l'estomac**: introduisez la sonde de Faucher, amorcez-la avec un peu d'eau tiède et soutirez au besoin avec la pompe, tout ce que vous pourrez du contenu de l'estomac. Préférez le lavage de l'estomac au vomitif, brutal et d'effet incomplet.

β) Si de la diarrhée ne s'est point produite, obtenez une ou plusieurs évacuations avec un purgatif, le **sulfate de soude** ou le **sulfate de magnésie** de 25 à 30 grammes, ou encore l'**huile de ricin**. Pourvu qu'il entraîne, tout purgatif sera bon.

γ) Si ni vomissements ni diarrhée n'ont manqué, **respectez-les**, à moins qu'ils ne soient excessifs; s'ils sont par trop fréquents, modérez-les par la glace, une limonade acidulée, la potion de Rivière, quelques XXX gouttes de laudanum. Réchauffez d'autre part le patient avec des boules d'eau chaude, faites frictionner et masser les muscles qui sont le siège de crampes, relevez le tonus général avec une piqûre d'**huile camphrée** au dixième. Vous pourrez, ces premiers soins donnés, attendre quelques heures avant d'avoir recours à la thérapeutique symptomatique.

b) L'ingestion des aliments suspects date de plus de quinze heures. — Lorsque la survenue des accidents est tardive, c'est qu'à l'intoxication vraie s'est substitué une infection microbienne: **Plus n'est nécessaire de tenter l'évacuation stomacale**.

Période de gastro-entérite. — Qu'ils aient apparu tardivement ou qu'ils soient la continuation d'accidents précocement survenus, les symptômes intestinaux vont dominer jusqu'à la fin du second jour.

Commencez le traitement, ou continuez-le par un purgatif, car la diarrhée sera très modérée ou même il y aura constipation; donnez 30 grammes de **sulfate**

de soude, ou 20 grammes de **crème de tartre soluble** pour faire une chasse ; mieux, administrez un gramme de **calomel** en plusieurs prises. Donnez à boire à votre malade du **lait**, mais privez-le des aliments solides qu'il réclamera. Calmez les douleurs abdominales, s'il en est, par de larges **applications chaudes**.

Période des troubles nerveux. — Passé quarante-huit heures, les phénomènes nerveux vont surgir, pour durer un temps plus ou moins long, suivant que les reins, les intestins et le foie, chargés d'éliminer les toxines, fonctionneront bien ou mal, suivant aussi que la production de ces toxines continuera dans l'intestin ou sera empêchée. C'est maintenant qu'à la thérapeutique, qui vise à éliminer les poisons et à en empêcher la formation, comme c'était le but jusqu'à ce moment, se joindra la thérapeutique des symptômes.

a) L'antisepsie intestinale sera tentée avec le **salol**, le **benzonaphtol** ou tout autre antiseptique associé au **charbon**, qui fixe les substances de putréfaction ; vous donnerez par exemple toutes les trois heures un cachet de

Salol	0 gr. 25
Poudre de charbon lavé. . .	0 gr. 75

b) La diurèse, si utile pour enlever tout ou partie des toxines, sera favorisée par le **lait** pur ou lactosé, les boissons abondantes. Dans chaque litre de lait, ou de tisane aromatisée, on fera dissoudre

Lactose. . . . . . 50 grammes

en un paquet. Faire quatre paquets semblables.

Au besoin, si la dysphagie est telle que le malade refuse de boire, on prendra la voie rectale pour apporter dans l'organisme les liquides, qui ont une action si efficace sur les émonctoires ; le lavement de lait sera ainsi donné quatre fois par jour d'un demi-litre chaque fois. Pour la même raison, on aura même recours aux **bains tièdes**, renouvelés deux ou trois fois par jour, à la fois afin de stimuler les fonctions cutanées et afin de pousser à l'urination.

c) Pour exciter la sécrétion biliaire, antiseptique intestinal naturel, le **calomel** en petites prises quotidiennes de 40 centigrammes sera très utile ; il enraye en même temps les processus putréfactifs de l'intestin.

La fonction glycogénique du foie peut, lorsque l'intoxication se prolonge ou est dès l'abord grave, avoir besoin d'être activée. Une injection d'**éther** est dans ces cas très utile, répétée deux fois par jour, pendant quelques jours consécutifs.

d) Pour solliciter au maximum l'élimination des substances toxiques par tous les émonctoires de l'économie, il conviendra, même sans attendre que le pronostic s'aggrave, de faire des injections massives de **sérum salé** physiologique ; un litre chaque jour est une dose moyenne que dans certains cas on pourrait sans danger dépasser.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Une fois que l'intoxication alimentaire se prolonge, l'adynamie générale, l'hypothermie, l'asthénie cardiaque, la dyspnée, la dysphagie, deviennent les symptômes dominants, font place parfois au subdélire terminal. Ce sont ces symptômes, qui traduisent tous l'atteinte portée sur le système nerveux qu'il faut combattre.

Les boissons données dans le but d'éliminer les poisons auront d'autre part, leur retentissement direct sur l'adynamie générale. On aromatisera la tisane choisie avec une cuillerée d'eau-de-vie vieille, on présentera de temps à autre une tasse de café, une tasse de thé au patient ; du champagne étendu d'eau prendra la place d'une tasse de tisane.

L'injection sous-cutanée d'**éther** aura aussi sa répercussion sur l'état de dépression ; l'hypothermie enfin bénéficiera aussi de ces divers moyens.

Seule l'asthénie cardiaque devra être combattue par un moyen spécial ; l'**huile camphrée** au dixième est le moyen de choix ; deux fois par jour matin et soir, vous ferez une injection hypodermique d'un centimètre cube, pour soutenir le cœur dans sa tâche, et cela tout le temps que la dyspnée n'aura pas disparu.

Pour prévenir l'arrêt du cœur, ce qu'il faut craindre quand on constate l'iris est contracté, il faut à l'huile camphrée ajouter l'injection hypodermique au moins biquotidienne d'un milligramme de **sulfate d'atropine**, suivant la formule :

Sulfate d'atropine........	1 centigramme.
Eau bouillie..............	10 grammes.

Lors de dilatation pupillaire, avec sécheresse de la peau et du pharynx, l'emploi de la **pilocarpine**, à raison d'un centimètre cube deux fois par jour sous la peau de la solution

Nitrate de pilocarpine...	15 centigrammes.
Eau......................	15 grammes.

ramène l'accélération du pouls, le rétrécissement pupillaire, l'exagération des sécrétions. Quant à l'angoisse respiratoire, quelques bouffées d'**éther** ou l'inhalation de quelques litres d'**oxygène** les calment mieux que les antispasmodiques, bromures ou valeriane.

La perte des forces est habituellement telle que le malade garde le lit pendant plusieurs semaines. L'alimentation se fera pendant tout ce temps exclusivement par le régime lacté ; comme tonique, on adoptera la **décoction de quinquina**, que l'on mélangera par moitié à l'une des tasses de lait prise, dans la journée, et l'on s'abstiendra, pour ne pas faire succéder une intoxication à une autre, des autres toniques, arsenicaux et lécithines.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Juillet 1903

Présidence de M. Surmont, vice-président

Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale
(Suite)

M. **Charmeil**, à propos du malade présenté par M. Ingelrans dans la dernière séance, montre la photographie d'un ancien malade chez lequel il avait cru à l'adénie, avant que Launois et Bensaude aient décrit la maladie qui porte leur nom. Ce sujet (qui rappelle à s'y méprendre le malade qu'Hayem avait d'abord cru atteint d'adénie à forme lipomateuse) présentait des tumeurs amygdaliennes, avec troubles respiratoires accentués. M. Charmeil pense maintenant qu'il a eu affaire à une adéno-lipomatose. Mais a-t-on signalé des hypertrophies tonsillaires dans cette affection ? En tout cas, cette observation établirait une forme de passage entre la maladie de Hogdkin et celle de Launois, forme où la bénignité habituelle de l'adéno-lipomatose ferait défaut, de par les tumeurs des amygdales.

M. **Oui** pense que le malade de M. Charmeil était sans doute atteint d'adénie vraie. Chez lui, contrairement à ce qu'on observe chez le sujet de M. Ingelrans, les tumeurs n'existent que dans les régions où l'on connaît des ganglions anatomiquement décrits. C'est ainsi qu'il n'existe aucune tumeur sur les parois thoracique et abdominale.

M. **Ausset** est du même avis et fait la même remarque. Il a vu au Sanatorium de Saint-Pol un enfant qui avait des tumeurs de ce genre, au cours d'une adénie. Elles siégeaient au siège habituel des adénites.

M. **Charmeil** croit bien que son malade avait de l'adéno-lipomatose. Il est évident que le diagnostic de la maladie d'avec l'adénie doit être souvent malaisé.

M. **Ingelrans** pense aussi que le malade de M. Charmeil était atteint d'adéno-lipomatose. Sauf en ce qui concerne l'amygdale, il ressemble trait pour trait au malade qu'Hayem avait pris pour un adénique et qui a servi à la première description de Launois et Bensaude. — On objecte qu'il n'a de tuméfactions qu'au niveau des régions normalement pourvues de glandes lymphatiques. Mais il n'est nullement indispensable, dans l'adéno-lipomatose, que les tumeurs siègent autre part. D'ailleurs, dans cette maladie, lors même qu'elles existent à l'abdomen, au dos, etc., c'est cependant au niveau des ganglions, car il en existe de très nombreux non décrits dans de multiples régions.

Le diagnostic avec l'adénie est à faire, mais, dans cette dernière, la consistance des tumeurs est infiniment plus dure et cette distinction est capitale au point de vue clinique. En outre, la marche du mal est bien différente.

A propos du rapprochement que M. Charmeil fait entre les deux maladies, M. Ingelrans signale que M. Cheinisse, dans la *Semaine médicale* d'avant-hier étudie les rapports qui peuvent exister entre la maladie de Dercum et les lipômes symétriques. C'est une parenté nouvelle de la maladie dans une autre direction.

M. **Surmont** insiste sur ce que l'adénie est une maladie dont la marche diffère du tout au tout de celle-ci. L'évolution en est rapidement fatale et l'état des malades bien différent.

M. **Ingelrans** rappelle que, si on ne trouve dans les auteurs rien qui indique que les amygdales aient participé à l'affection, il est cependant signalé des accidents médiastins, dyspnée, toux, dysphonie et même asphyxie et cyanose.

M. **Combemale** a revu le malade qui a été présenté à la dernière séance. Alors qu'il avait déjà quelques adénolipomes cervicaux, il fit une chute pendant son travail, eut deux côtes fêlées et cracha un peu de sang. Peu de temps après, d'autres tumeurs surgirent, qui siègent maintenant dans le dos, les aines, l'épigastre, la région antérieure de l'abdomen, etc. Au point de vue de l'influence du traumatisme sur leur apparition, faut-il faire jouer un rôle à celui-ci ? Peut-on regarder cette nouvelle poussée d'adénites comme dépendante d'un accident de travail ?

M. **Surmont** pense qu'on ne saurait affirmer que le traumatisme n'ait rien aggravé et qu'en conséquence ce doute doit profiter à l'ouvrier.

M. **Ausset** est d'avis que ce doute doit aussi bien profiter au patron qu'à l'ouvrier.

M. **Surmont** pense qu'il faut soumettre ce doute au tribunal qui seul a qualité pour apprécier s'il y a lieu d'en tenir compte.

Monstre ectromélien hémimèle

MM. **Oui** et **Bertin** présentent un enfant de sept mois atteint d'ectromélie (*sera publié*).

Un cas de volumineux polype du larynx

MM. **Gaudier** et **Bouret**. — Il s'agissait d'un homme de 50 ans qui fut envoyé de Roubaix par le Dr Lerat pour des troubles de la voix et de la respiration, remontant à plusieurs années, et ne s'accompagnant d'aucun trouble du côté de l'état général. Dans ses antécédents, ni tuberculose, ni syphilis. A l'examen laryngoscopique, on constate aisément qu'une volumineuse tumeur, arrondie, légèrement rosée, occupe toute la glotte, reposant sur les deux cordes vocales, quand celles-ci se rapprochent, et s'engageant entre elles pendant l'inspiration.

Il est impossible, étant donné le volume de la tumeur, de voir exactement le point d'insertion, que l'on suppose être la partie antérieure de la corde vocale gauche, près de la commissure.

Opération à l'hôpital St-Sauveur, le 3 juillet 1903. Anesthésie méthodique à la cocaïne, avec une solution à 1 %

pour la bouche et le pharynx, et à 10 °/o pour le larynx. Cette solution est appliquée au pinceau et par frictions Cinq minutes après, la tumeur est enlevée, d'un seul coup, par une prise suivant son axe antéro-postérieur, au moyen d'une pince de Fauvel, modifiée par Simal.

L'hémorrhagie est insignifiante. Cautérisation du point d'implantation qui était bien celui que l'on pensait. Retour immédiat de la voix et disparition de la dyspnée.

Revu le 10 juillet le malade ne présente plus rien, qu'un léger degré de laryngite traumatique.

L'intérêt de cette présentation réside en la rareté relative des polypes du larynx, et en le volume de celui-ci. Au point de vue anatomique il s'agissait d'un fibro-myxome.

Atrophie du fémur

M. **Debeyre.** — Voici un fémur atrophié dont l'extrémité supérieure est réduite à une sorte de fourche à deux dents.

Il a été enlevé à un jeune homme de 17 ans, qui souffrait de coxalgie depuis l'âge de 3 ans et avait eu de multiples abcès. Depuis que M. Folet lui a fait la désarticulation de la hanche, le malade se porte beaucoup mieux, son poids a augmenté, ses forces également.

Epithélioma du prépuce

M. **Debeyre.** — Cet épithélioma de la verge présente ce caractère particulier que le prépuce seul a été envahi ; le gland est simplement atrophié.

Cette tumeur a évolué en moins d'un an, chez un homme de 40 ans, ne présentant aucune tare.

On a fait l'amputation de la verge au tiers inférieur à quatre centimètres du pubis, avec incision de l'urètre à deux lambeaux, un antérieur, l'autre postérieur.

Fibrome et dégénérescence myxomateuse

M. **Debeyre.** — La pièce que voilà a été enlevée à une vierge de 48 ans.

C'est un fibrôme de l'utérus qui a subi la dégénérescence myxomateuse. Cette tumeur faisait corps avec l'utérus, mais était situé plutôt à gauche qu'à droite ; on avait posé le diagnostic de cysto-sarcome de l'ovaire gauche. On percevait à la palpation une crépitation péritonéale tout à fait remarquable.

Maladie de Barlow

M. **Ausset** présente un enfant atteint de maladie de Barlow *(sera publié)*.

M. **Oui** est de ceux qui pensent qu'on accuse à tort le lait stérilisé de donner la maladie de Barlow. Si cela était, celle-ci serait tout à fait commune. Il s'agit de lésions relevant d'infections intestinales avec rachitisme consécutif. C'est un vice de quantité ou de réglage dans l'alimentation qui dirige toute l'étiologie.

M. **Ausset** dit que l'on est disposé à faire du scorbut une pasteurellose. Depuis quelques mois, ceux qui voient dans la maladie de Barlow une forme de scorbut incriminent dans sa production les farines conservées ou le lait travaillé, qui joueraient alors le rôle que jouent les conserves avariées contenant des pasteurelles dans le scorbut des marins. Ici, l'enfant n'a pris aucune farine conservée ni lait spécial. Il est nourri au sein, avec adjonction de panades. Il ne peut être, en conséquence, question de scorbut, car les causes en font absolument défaut et le traitement antiscorbutique est resté sans résultat.

M. **Ingelrans** demande pourquoi, s'il s'agit de rachitisme hémorragique, les suffusions sanguines ont une telle prédilection pour le périoste.

M. **Ausset** répond qu'il se fait souvent d'autres hémorragies, gingivales, sous-cutanées, rénales, etc. — Hutinel admet même une maladie de Barlow sans nulle hémorragie, chez tout enfant qui présente une pseudo-paralysie non syphilitique.

M. **Surmont** dit que la présence possible d'autres hémorragies n'explique pas pourquoi le périoste en est d'ordinaire le lieu d'élection.

M. **Ausset** répond que les hémorragies siègent où existe le rachitisme. Les os, chez ces enfants, sont extrêmement vasculaires ; de là le siège des lésions.

M. **Surmont** dit que ce ne sont pas les os à prédilection rachitique qui sont ici hémorragiques.

M. **Carlier** s'étonne que les hémorragies n'aient pas lieu au niveau des cartilages de conjugaison qui offrent le maximum des lésions dans le rachitisme.

M. **Ausset** répond que les rachitiques peuvent faire des fractures spontanées, ce qui indique de grandes altérations osseuses. D'ailleurs, des hématomes de même siège existent dans le scorbut de l'adulte.

M. **Carlier** rappelle que, chez l'enfant, toutes les altérations des os ont leur maximum au cartilage de conjugaison et ne voit pas pourquoi cette règle est ici en défaut si l'hémorrhagie dépend du rachitisme. Les lésions diaphysaires sont très rares chez les enfants.

M. **Charmeil** pense qu'au niveau de l'épiphyse il y a peu de place pour une suffusion sanguine, tandis qu'à la diaphyse le périoste se décolle facilement sur une certaine étendue.

M. **Ingelrans** rappelle qu'il y a cinq ans et demi, Brun et Renault ont vu dans ces hématomes le résultat de fractures sous-périostées.

M. **Ausset** répond que cette théorie n'a nullement été confirmée et que les fractures n'existent point.

Dystocie par gros fœtus

M. **Dhôtel** lit cette observation qui sera publiée.

M. **Oui** fait observer qu'une pareille observation est tout à fait rare. Il ne pense pas qu'il y ait eu hydramnios, car qui dit gros fœtus dit gros œuf. Il n'est pas exact non

plus que l'asphyxie bleue implique qu'il n'y ait pas de traumatisme crânien.

Il y avait lieu de mettre ici en œuvre le traitement applicable aux bassins rétrécis. Toute manœuvre de force exercée avec le forceps au détroit supérieur est grave : la symphyséotomie valait mieux. Pour la dystocie des épaules, il existe une manœuvre de JACQUEMIER, d'ailleurs toute théorique. On dégage les bras l'un après l'autre et, au lieu du diamètre bisacromial, on n'a plus à faire passer que le diamètre transversal du thorax. C'est applicable même au détroit supérieur.

M. **Dhôtel** croit que l'hydramnios était bien réel car il y avait beaucoup plus de deux litres de liquide. D'un autre côté il lui semble qu'une prudente application de forceps pouvait être tentée.

M. **Oui** ne sait ce qu'est une prudente application de forceps, car on applique le forceps pour faire des tractions, sinon il est inutile de s'en servir.

On ne revient nullement à l'application de forceps au détroit supérieur, mais on fait moins de symphyséotomies, car on apprend, depuis quelques années, à attendre davantage avant d'élargir le bassin : lorsqu'on ne veut pas risquer de tuer un enfant, on n'est pas autorisé à appliquer le forceps au détroit supérieur.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Assurances sur la Vie

Une intéressante question d'assurance sur la vie vient d'être tranchée dans les circonstances ci-après :

Suivant police du 2 juin 1892, M. de la Vallé, médecin à Amiens, s'est assuré, moyennant une prime annuelle de 15 fr., à la Société X..., pour un capital de 10.000 fr., contre les accidents corporels de toute nature, professionnels ou autres, « provenant d'une cause violente, extérieure et involontaire, et, par extension, contre la mort survenue dans le délai d'un mois par suite d'une maladie contagieuse contractée en donnant les soins professionnels à un sujet qui en était atteint ».

Le docteur de la Vallé est décédé à Amiens, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde. Et des médecins experts ont déclaré qu'il avait succombé à une fièvre typhoïde, et d'après divers documents, il était admissible que cette affection avait été contractée à l'occasion de l'exercice de sa profession.

La veuve n'en fut pas moins déboutée en première instance, par le tribunal de la Seine, d'une demande en paiement de l'indemnité de 10.000 fr., stipulée au contrat d'assurance.

Le jugement spécifiait qu'elle ne « rapportait pas la démonstration complète de la réalisation des conditions prévues dans ce contrat ».

Elle a fait appel, et la quatrième chambre de la cour, présidée par M. Berr, vient de lui donner gain de cause :

Elle a condamné la Société à payer à la veuve du docteur de la Vallé la somme principale de 10.000 fr., avec les intérêts de droit.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

MM. ARDAILLON et LEFÈVRE, professeurs à la faculté des lettres de Lille, ont soumis au conseil de l'Université dans la séance du 18 juillet 1903, un vœu touchant la loi sur le recrutement de l'armée, en discussion devant le Parlement. Nous croyons être utiles à nos confrères de la région en mettant avec ses considérants ce vœu sous les yeux de nos lecteurs, afin qu'ils en parlent à nos représentants aux Chambres et leur fassent toucher du doigt le péril que courent nos établissements d'enseignement supérieur, en même temps que le recrutement du corps médical.

Au moment où le projet de loi sur le recrutement de l'armée vient de sortir des délibérations du Sénat avec toutes les apparences d'un prochain achèvement parlementaire et d'une prochaine promulgation, les Universités ne peuvent en envisager le texte sans concevoir les plus sérieuses inquiétudes.

Préoccupé des intérêts de la haute culture intellectuelle, le législateur de 1889 admettait, pour les gradués supérieurs des Facultés, une notable réduction de la durée du service militaire.

Le nouveau projet ne porte plus trace de ces dispositions. Il semble que ce ne puisse être là qu'une omission et qu'il doive suffire de la signaler pour obtenir qu'elle soit réparée.

Ce projet consacre en effet d'importantes dérogations au principe de l'égalité du temps de service. L'article 23, tel qu'il a été voté, institue, au profit des élèves de l'École polytechnique classés dans les services civils, des élèves de l'École normale supérieure, de l'École forestière, de l'École centrale des arts et manufactures, de l'École nationale des mines, de l'École des ponts et chaussées et de l'École des mines de Saint-Étienne, le remplacement de la deuxième année de service par une période de présence au corps en qualité de sous-lieutenant de réserve, s'ils ont été reconnus aptes à ce grade. Cette période pourra n'être que de quatre mois, après quoi ils n'auront plus qu'à remplir les obligations imposées aux autres officiers de réserve.

Assurément les raisons qui ont été invoquées pour justifier ces exceptions à la règle générale sont de grande valeur, et personne ne contestera la nécessité de continuer à former une élite intellectuelle. Mais ces raisons s'appliquent avec plus de force peut-être aux gradués supérieurs des Facultés qu'aux jeunes gens visés dans le nouveau projet.

On s'étonnerait d'abord qu'à l'exception de la seule Ecole normale supérieure, tous les établissements dépendant du Ministère de l'Instruction publique fussent laissés de côté, lorsqu'il s'agit de favoriser la haute culture.

Ne serait-il pas surprenant aussi que le monopole de la formation des officiers de réserve fût attribuée à des Ecoles toutes parisiennes sauf une? La province doit-elle subir cette espèce d'ostracisme ?

Et cependant l'importance et la difficulté des études entreprises par les aspirants au doctorat en médecine (1), aux licences ès-lettres ou ès-sciences, au doctorat en droit, ne permettent pas de les classer, pour la qualité et l'intensité de l'effort, au-dessous des élèves de la plupart des écoles que l'on vient d'énumérer. Il ne leur faut pas moins de culture préalable pour aborder leurs études, moins de courage pour y persévérer, moins de mérite pour y réussir. L'intérêt public souffrirait si les magistrats, les médecins, les professeurs avaient moins de savoir et de valeur que les ingénieurs. On admettra malaisément qu'il en soit ainsi dans le fait.

D'où viendrait donc l'inégalité de traitement qui profiterait aux élèves des Ecoles et porterait préjudice à ceux des Universités? De la durée des études ? — Mais il faut plus de temps pour faire un docteur en médecine ou en droit qu'un ingénieurdes arts et manufactures.

Le nombre des dispenses éventuelles n'a rien qui doive effrayer si l'on songe que dans la dernière année scolaire (1901-1902), le chiffre des admis au doctorat en droit et à la licence ès-lettres est resté, d'un côté comme de l'autre, bien au-dessous de 500.

Serait-ce donc que l'Etat, obligé de veiller à la prospérité de ses Ecoles, pût se désintéresser du sort des Universités ? Mais les Universités ne sont pas moins à lui que les Ecoles. Sans doute il leur a accordé une sorte d'autonomie financière. Mais justement parce qu'il leur a laissé désormais en charge d'importantes dépenses auxquelles il pourvoyait auparavant, ne s'est-il pas engagé d'honneur à ne rien faire pour tarir les sources des revenus propres aux Universités? Quel serait cependant l'effet de l'abandon progressif de nos amphithéâtres sinon de nous mettre bientôt hors d'état d'équilibrer notre budget.

Les finances publiques elles-mêmes ressentiraient bientôt le contre-coup de cette fâcheuse situation, car, la diminution de notre clientèle se traduirait par le fléchissement du produit non-méprisable des droits d'examen, de certificat et de diplôme, toutes sommes dont l'Etat fait actuellement recette.

(1) Une légère faveur est faite par l'article 24 aux docteurs en médecine ou étudiants pourvus de 12 inscriptions, lesquels serviraient pendant la deuxième année en qualité de médecins auxiliaires.

Ce dommage matériel ne serait encore rien auprès des inconvénients moraux qu'entraînerait le dépeuplement des Facultés. Tout l'effort de la jeunesse française se reportant sur une fiévreuse préparation aux concours, et cela au détriment d'un travail plus libre et de fécondité plus saine : l'action intellectuelle et morale des Universités régionales rendue plus difficile sinon impossible ; le discrédit jeté sur le cours d'études académiques officiellement déclaré inférieur à l'enseignement des Écoles; des doutes bientôt émis sur l'utilité des Facultés, car faute d'avoir eu prise sur la jeunesse, elles ne pourront plus songer à exercer sur les hommes faits, amis du travail intellectuel, cette action stimulatrice et régulatrice qu'elles étaient à la veille d'inaugurer; une sorte de banqueroute, en un mot, voilà la très fâcheuse perspective qu'ouvre la législation projetée.

De tels résultats seraient si contraires aux intentions tant de fois manifestées par les pouvoirs publics qu'assurément tout sera fait pour les éviter.

LE CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE,

S'inspirant de ces considérations, émet le vœu que les Étudiants des Facultés qui justifieront avoir obtenu, avant un âge à fixer, certains diplômes à déterminer, soient assimilés, pour l'accomplissement des obligations militaires, aux élèves des Écoles énumérées par l'article 23 du projet de loi sur le recrutement de l'armée.

Le 22 juillet 1903, devant un jury présidé par M. le professeur-doyen COMBEMALE, administrateur des hospices et composé de MM. les docteurs LOOTEN et LE FORT, médecins des hôpitaux, et CHARMEIL, professeur à la Faculté, a eu lieu le **Concours pour une place de médecin municipal des filles publiques**. La question écrite que les candidats ont eu à traiter était : *Caractères distinctifs et diagnostic différenciel du syphilôme primaire;* restaient dans l'urne : *Syphilis linguale* et *Les manifestations syphilitiques du pharynx*. A la suite des épreuves remarquables, M. le docteur BERTIN a été présenté à la nomination de la Commission des hospices, comme titulaire. M. le docteur MERLIER, comme suppléant. La Commission des hospices a agréé les présentations.

— Dans la liste des étudiants en médecine admis aux épreuves orales pour le concours d'admission à l'**Ecole du service de santé militaire**, nous relevons le nom de M. CHÉNEBY, de notre Faculté.

— Parmi les promotions du **Corps de santé militaire** avec affectations nouvelles contenues dans le décret du 12 juillet 1903, nous relevons, comme intéressant particulièrement notre région, les nominations suivantes : M. le docteur JACQUIN, nommé médecin-major de 1re classe, est

désigné pour le 150e d'infanterie à Mézières (Ardennes). M. le docteur SANDRAS, nommé médecin-major de 2e classe, est désigné pour l'école militaire préparatoire d'infanterie de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais). M. le docteur EHRMANN, du 43e d'infanterie, est nommé médecin-major de 1re classe et maintenu à Lille. M. le médecin-major de 2e classe HOTCHKISS est désigné pour le 1er d'infanterie à Cambrai (Nord).

— Par décision ministérielle en date du 13 juillet, M. le médecin-inspecteur PIERROT est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée à Lille en remplacement du docteur GENTIT, promu médecin-inspecteur et nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris. Nous adressons nos meilleurs souhaits de bienvenue au nouveau directeur, et nous garderons longtemps le souvenir du passage de M. GENTIT parmi nous.

— Nous relevons aussi, pour en féliciter nos confrères, parmi les récompenses données pour **services rendus à la mutualité**, les noms de MM. les docteurs COCHEZ et LOOTEN, de Lille ; BAUDE et BÉHAGUE, d'Arras, a qui a été décernée une mention honorable ; de MM. les docteurs CAPRON, de Biache Saint-Vaast (Pas-de-Calais), HALLETTE, de Montreuil, (Pas-de-Calais) à qui a été décernée une médaille de bronze.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. F.-L. CADORÉ, de Laneuville devant Nancy (Meurthe-et-Moselle), vétérinaire militaire, a soutenu, avec succès, le lundi 20 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 144), intitulée : **Les anomalies congénitales du rein chez l'homme.**

— M. G.-L.-L. LEFEBVRE, du Portel (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le jeudi 23 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 149), intitulée : **Contribution à l'étude de la main bote acquise d'origine osseuse.**

— M. J.-M.-E.-C. PERRETANT, de Treffort (Ain), interne de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), a soutenu, avec succès, le vendredi 24 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 152), intitulée : **De la balnéation au cours de la fièvre typhoïde chez les enfants.**

— M. M.-P.-A. HENRIET, ancien préparateur d'hygiène, d'Herbeuval (Ardennes), a soutenu, avec succès, le vendredi 24 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 147), intitulée : **De la nature hystérique de la maladie de Bergeron.**

— M. A.-J.-J. MONIER, de Hem (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 24 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 146), intitulée : **De l'épilepsie procursive.**

— M. J.-V.-P.-X. TRAMPONT, de Beaufort (Nord), interne des hôpitaux, ancien aide de clinique obstétricale, a soutenu, avec succès, le vendredi 24 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 151), intitulée : **De la fièvre typhoïde dans ses relations avec l'état puerpéral.**

— M. S.-G.-P.-A. MINET, de Vendin-le-Vieil (Pas-de-Calais), interne des hôpitaux de Lille, a soutenu, avec succès, le samedi 25 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 148), intitulée : **Tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire.**

— M. N.-E.-J. HERBAUX, de Marcq-en-Barœul (Nord) a soutenu, avec succès, le samedi 25 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 150), intitulée : **Le massage en oculistique.**

— M. A.-F.-J. BRÉHON, de Hinges (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le samedi 25 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, no 154), intitulée : **Les polypes de l'œsophage et du pharynx laryngé.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

M. le docteur GAIRAL, de Carignan, délégué sortant, a été réélu représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Ont été promus : *Officiers* : MM. les docteurs CAZEAUX, de Langoiran (Gironde) ; CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris ; CHAVASSE, médecin principal de 1re classe au Val-de-Grâce. — *Chevaliers* : MM. les docteurs GALLICE, de Langeac (Haute-Loire) ; BEVERAGGI, de Belgodère (Corse) ; BRUNATI et COGNACQ, médecins-major de 2e classe des troupes coloniales ; MARCHAND, CAHON, DARRICARRÈRE, médecins de 2e classe ; CARRÈRE, de Prats-de-Mollo (Pyrénées Orientales) ; BONNEAU, de Courçon (Charente-Inférieure) ; CHARPY, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse ; PEZET, maire de Montpellier ; BRISSAY, de Rio-de-Janeiro (Brésil) ; RIVIÈRE, sujet britannique.

Instruction publique. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs ANTHEAUME, BARBARIN, DUGUET, DUPLAY, Léon MEUNIER, PHILIPPEAU, de Paris ; ABELOUS, de Toulouse ; BRAULT, d'Alger ; BROUSSOLLE, de Dijon ; BYASSON, de Guéret ; CHAMBRELENT, de Bordeaux ; DEVIC, de Lyon ; HACHE, de Reims ; LAFONT, de Pau ; MOSSÉ, de Toulouse ; PERRIER, de Valleraugue ; PLANCHALD, de Clermont-Ferrand ; A. POLLOSSON, de Lyon ; RAUZIER, VALLOIS, VIRES, de Montpellier ; WALMÉ, de Chauny.

Académie. — Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs ACHARD, AUVRAY, BARIÉ, F. BEZANÇON, BRAULT, André BROCA, Aug. BROCA, COLLINET, DEJERINE, HARTMANN, KIRMISSON, P. LANGLOIS, LEPAGE, LUBETSKI, Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MARION, PELLEGRIN, ROCHARD, SCHWARTZ, SIMARD, TEISSIER, THOINOT, Jules TISSOT, VAQUEZ, WALLICH, WALTHER, de Paris ; C.-P. ANDRÉ, de Nancy ; Léon d'ASTROS, de Marseille ; AUBOYER, de Roanne ; AUDEBERT, de Toulouse ; BERQUET, de Calais ; BERT, de Lyon ; CAUQUIL, d'Azazga ; CIBERT, de Grenoble ; P. COURMONT, de Lyon ; DELAGENIÈRE, de Tours ; DELANGLADE, de Marseille ;

FONTAGNY, de Dijon ; GOUEFFON, d'Ingré ; Ed. GRYNFELTT, de Montpellier ; GUIBBAUD, de Tours ; GYOUX, de Bordeaux ; HAROU, de Pont-Audemer ; HOCHE, de Nancy ; HUCHARD, de Tizi-Ouzou ; HYVERNAUD, d'Orléans ; JEANBRAU, de Montpellier ; JEANNE, de Rouen ; LABARRIÈRE, d'Amiens ; LAMBRET, de Lille ; LE DAMANY, de Rennes ; LEPETIT, de Clermont-Ferrand ; E.-A. LUTON, de Reims ; LYONS, de Cotignac ; G. MICHEL, de Nancy ; NICOLAS, de Lyon ; PIQUAND, de Boussac ; POUGET, de Lambesc ; SALVA, de Grenoble ; SOURDILLE, de Nantes ; TIXIER, de Lyon ; TOURROU, de Bordeaux ; VICQ, de Sampigny ; VILLARD, de Lyon ; MM. SERVEAUX, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; SOULARD, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; MIGNON et SIMONIN, médecins-major de 1re classe, au Val-de-Grâce.

Mérite agricole. — Est nommé *Officier* : M. le docteur CORDON, des Ponts-de-Cé ; Sont nommés *Chevaliers* ; MM. les docteurs BARTHELAT, CHOMPRET, Paul TISSIER, de Paris et CHARVILHAT, de Clermont-Ferrand.

Notre Carnet

Le 7 juillet a eu lieu à Paris le mariage de M. le docteur Fernand KNOLL, de Bazeilles (Ardennes), avec Mademoiselle Madeleine ANDRÉ. Nous adressons à notre excellent confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs EICHINGER, médecin principal de l'armée en retraite ; GELIN, de Maule (Seine-et-Oise) ; GIRESSE, directeur-médecin du sanatorium du Canigou (Pyrénées-Orientales) ; ROYER-COLLARD, de Saint-Symphorien (Indre-et-Loire) ; Emile ROSSI, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux, de Paris.

OUVRAGES REÇUS

De l'action des eaux minérales ferrugineuses dans l'anémie et la chlorose, par le docteur WYBAUW, Bruxelles, 1902, Lesigne.

— **De l'action du bain carbogazeux ferrugineux considéré plus particulièrement au point de vue de la circulation**, par le docteur WYBAUW, Paris, C. Naud, 1903.

— **Influence du régime alimentaire sur la genèse de la lithiase biliaire**, par le docteur E. DUFOURT, de Vichy, C. Naud, Paris, 1902.

— **Le mystère posthume, causeries médicales sur la mort et la survie**, par le docteur LI-TAÏ, Schleicher. Paris, 1903.

— **Précis d'exploration clinique du cœur et des vaisseaux**, par le docteur G. BROUARDEL, Paris, J.-B. Baillière, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

29e SEMAINE, DU 5 AU 11 JUILLET 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	3
3 mois à un an	9	3
1 an à 2 ans	3	2
2 à 5 ans	»	4
5 à 10 ans	»	1
10 à 20 ans	4	2
20 à 40 ans	5	8
40 à 60 ans	9	4
60 à 80 ans	8	5
80 ans et au-dessus	1	4
Total	43	36

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	8	8	20	21	5	10	7	10	11	»	5	105
TOTAL des DÉCÈS	3	13	20	14	3	8	4	6	6	»	2	79
Autres causes de décès	»	5	5	5	1	2	3	4	3	»	»	28
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire	»	5	1	3	»	4	»	1	1	»	1	16
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	»	5	3	»	»	»	»	1	»	»	10
Maladies organiques du cœur	»	»	1	»	1	2	1	1	»	»	»	6
Bronchite et pneumonie	1	2	1	2	»	»	»	»	1	»	»	7
Apoplexie cérébrale	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	3
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Croup et diphtérie	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. -- Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 342. Septième Année. N° 31. Le Numéro : 10 centimes 2 Août 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc., 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Tuberculose abdominale infantile et lait de vaches tuberculeuses (1)

par M. **Monsarrat**, vétérinaire départemental du Nord, chef du service des épizooties, ancien inspecteur des services sanitaires au Ministère de l'Agriculture.

La tuberculose a été constatée sur 464 bovidés, appartenant à 417 étables de 231 communes, réparties dans les 7 arrondissements. La perte subie dans ces conditions, par nos cultivateurs, a été de 120.500 fr. environ.

En outre, 523 animaux bovins ont fait, dans les abattoirs publics, l'objet de saisies totales ou partielles pour cause de tuberculose. 70.153 kilogrammes de viande, représentant une somme de 90.000 francs en chiffres ronds, ont été confisqués.

La tuberculose qui, par conséquent, a en 1902, coûté plus de 200.000 francs *connus* à notre agriculture, est donc, et de beaucoup, l'affection qui sévit avec le plus d'intensité dans notre région et qui occasionne, chaque année, les pertes les plus sensibles aux propriétaires et fermiers de ce département ; nombreux sont, en effet, ceux chez qui la maladie s'est installée à demeure et y fait constamment de nouvelles victimes. Le pourcentage des animaux tuberculeux est, en certains points, absolument effrayant ; il n'est pas téméraire d'affirmer que l'effectif bovin d'un chiffre important d'exploitations disséminées un peu partout sur notre vaste étendue territoriale, mais plus particulièrement toutefois dans certaines localités ou dans certains groupes de localités, est frappé dans la proportion de 70 à 80 %.

Ces chiffres qui ne sont pas contestables parce qu'ils constituent plutôt une atténuation qu'une exagération, montrent d'une façon péremptoire toute l'importance du danger dont nous sommes perpétuellement menacés et nous permettent, sans que l'on puisse nous accuser de pessimisme, de nous associer à ceux qui, avant nous, ont jeté le cri d'alarme, et ont à la fois, au nom de l'humanité et au nom de la protection des intérêts agricoles, réclamé contre cette terrible affection des mesures rigoureuses, que, malheureusement, l'état actuel de la législation ne nous permet d'appliquer qu'avec timidité.

Le diagnostic clinique de la tuberculose bovine est si difficile à établir ; l'éducation de nos populations

(1) Extrait du *Rapport général pour l'année 1902 sur les maladies contagieuses épizootiques*, adressé à M. le Préfet du Nord.

rurales, au point de vue de la connaissance des manifestations d'ordres si divers qui devraient faire songer à la possibilité de son existence, et provoquer l'intervention des hommes compétents, est encore si rudimentaire ; l'intérêt particulier, étroit et personnel, d'ailleurs aiguisé actuellement par l'âpreté de la crise dont souffrent les cultivateurs, prime si considérablement les généreuses pensées d'intérêt général ; l'insuffisance, enfin, des moyens, jusqu'à présent employés pour lutter contre le fléau, constituent autant de facteurs d'impuissance auquels il est nécessaire, et d'ailleurs possible, de remédier.

Il est nécessaire de le faire, car en dépit des affirmations de Koch et de Schultz, qu'ont si victorieusement combattues les savants travaux de Nocard, Arloing, Smith, de Jong, Behring, etc., affirmations éminemment dangereuses par l'optimisme qui en était la résultante, et par la fausse sécurité qu'elles tendaient à faire naître dans l'esprit de tous ceux qui croient volontiers ce qu'ils désirent, la tuberculose bovine est transmissible à l'homme.

Et, s'il est exact que la viande provenant d'animaux tuberculeux n'est, en réalité, dangereuse que lorsque les ganglions dont elle est parsemée sont infectés ; s'il est non moins exact qu'elle cesse de l'être lorsque la cuisson qu'on lui fait subir est aussi complète dans sa profondeur qu'à sa surface, il n'en est pas moins vrai que le lait fourni par des vaches portant dans les mamelles des lésions tuberculeuses est éminemment virulent et que, très souvent, il conserve encore toutes ses facultés nuisibles après l'ébullition ou plus exactement après la pseudo-ébullition à laquelle on se contente de le soumettre dans la plupart des ménages, où la crainte salutaire de la tuberculose a fait entrer dans les habitudes quotidiennes cette pratique de l'ébullition du lait, mais où, aussi, l'on y procède dans des conditions si incomplètes et si illusoires que le résultat obtenu est, pour ainsi dire, insignifiant. Combien de personnes croient, en effet, avoir fait bouillir leur lait, lorsque ce lait « monte » ou lorsque ayant percé la croûte de la surface, elles ont constaté l'apparition des premiers bouillons ! Elles sont légion, celles-là, si on les compare au nombre de celles qui, plus éclairées, savent qu'il est indispensable de le laisser bouillir un certain temps.

Comme aussi, à côté des personnes qui s'abandonnent à cette fausse quiétude, plus nombreuses encore sont celles, qui, dans les campagnes surtout, par ignorance ou par routine, par incurie, étayée sur des préjugés difficiles à déraciner, ou par interprétation erronée et maladroite de faits mal observés, consomment le lait tel qu'il a été recueilli lors de la mulsion, on frémit à la pensée du nombre d'infections tuberculeuses qui ont été, sont et seront la conséquence de l'utilisation, sans précaution ou avec d'insuffisantes précautions, d'un aliment si important et si réellement indispensable, et qui peut, dès lors, suivant qu'il provient ou non d'une mamelle tuberculeuse, être, pour les organismes délicats ou débilités des enfants, des vieillards ou des malades dont il constitue la nourriture exclusive ou principale, une source de vie ou une cause de mort.

Et, à ce sujet, j'ai le devoir d'affirmer ici, et dès maintenant, au moins en ce qui concerne le cheptel bovin du département du Nord, que le nombre des vaches dont les mamelles sont le siège de lésions tuberculeuses est plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Si, dans l'ensemble des statistiques, le nombre des cas de tuberculose se compliquant de mammites spécifiques, apparaît comme relativement rare, c'est que très souvent l'on s'est abstenu, au cours des autopsies pratiquées à la suite de déclarations faites en vue de l'obtention d'une indemnité, de pousser aucune investigation du côté des mamelles, et que l'on s'est contenté d'enregistrer les lésions fournies par les cavités splanchniques pour confirmer le diagnostic antérieurement posé. Depuis que j'ai l'honneur de diriger le Service départemental des Épizooties, j'ai donné mission à mes deux adjoints, et je me suis donné mission à moi-même, d'assister le plus fréquemment possible aux abatages d'animaux déclarés tuberculeux, et de procéder systématiquement, et dans tous les cas, à un examen minutieux des divers quartiers mammaires. Notre conclusion à tous trois est en faveur d'une fréquence relativement élevée de ces lésions tuberculeuses de la mamelle dont l'importance et l'étendue varient depuis l'existence de simples noyaux spécifiques jusqu'à l'envahissement total et l'hypertrophie exagérée de l'organe. Je ne citerai qu'en passant, et plutôt à titre de curiosité scientifique qu'à titre documentaire, le cas d'une vache récemment abattue sous mes yeux, et dont un seul quartier de mamelle, absolument farci de tubercules, avait atteint le poids formidable de 41 kilogrammes.

J'ajoute encore, d'ailleurs, à l'appui de cette opinion que sur 388 vaches ayant fait l'objet de saisies pour

cause de tuberculose, dans les abattoirs publics du département, 63, soit le 1/6, étaient atteintes de mammites tuberculeuses.

Comment, dans ces conditions, et en présence de tout cela, ne pas être péniblement ému et impressionné à la pensée des méfaits imputables au lait tuberculeux. Dans la longue série des conférences si éminemment humanitaires qu'il a faites il y a quelques années, le savant professeur Nocard, d'Alfort, a cité un grand nombre de faits d'observations ou d'expérimentations qui établissaient d'une façon indiscutable la nocivité de ce liquide, lorsqu'il véhicule le bacille infectant, et qui tendait à mettre le public en éveil et à lui faire connaître les moyens de se prémunir contre les dangers de cet aliment dont rien, dans l'aspect, ne permet de différencier le lait contaminé de celui qui ne l'est pas.

Ces exemples, pourtant si probants, n'ont pas suffi à dessiller les yeux des masses, que, seules, les accumulations de faits peuvent, à la longue, émouvoir et tirer de la routinière torpeur qui les tient éloignées du mieux et du bien. Aussi, convaincu que si chacun voulait consentir à apporter sa modeste contribution de travail et de bonne volonté à l'édification de l'œuvre entreprise, le succès en serait plus rapide et plus certain, n'hésité-je point à rapporter succinctement ici quelques faits très importants de contagion à l'homme, extraits du rapport de fin d'année de M. Mullet, vétérinaire sanitaire à Linselles, qui exerce dans une région où la tuberculose sévit avec une rare intensité, et où les manifestations mammaires de cette maladie sont fréquentes et d'autant plus redoutables que la plus grande partie du lait qui y est produit est destiné aux importantes agglomérations de Roubaix et de Tourcoing.

M. Mullet s'exprime ainsi :

« Je déclare ne relater que des faits non équivoques de contamination, par ingestion de lait provenant de vaches *atteintes de mammites tuberculeuses* ayant entraîné la perte d'un seul ou deux quartiers de la mamelle (1). J'ai pris le soin d'observer tout particulièrement ceux relatifs à des enfants dont les parents sont sains et vigoureux, afin d'éloigner l'idée de contagion par hérédité. Dans tous les cas il s'est agi de tuberculose abdominale primitive, attestée par les certificats des médecins qui avaient soigné les enfants, et dont j'ai voulu rechercher la cause.

» *1re Observation.* — Famille de cultivateurs D. D., à L. — Sept enfants, dont six, actuellement âgés de 17 à 30 ans, ont été élevés au sein maternel et sont en parfaite santé, ainsi d'ailleurs que les parents. Grands-parents morts à 84 et 87 ans. Seule une fillette, la 4e enfant de la famille, a été élevée au biberon avec du lait cru provenant directement de l'étable ; jusqu'à l'âge de 7 ans elle parut bien portante, ayant seulement de temps à autre de légères coliques dont on ne s'inquiéta pas. A partir de cet âge les douleurs abdominales augmentèrent et nécessitèrent l'intervention du médecin qui prescrivit des cataplasmes émollients et ne revit sa malade que beaucoup plus tard. Mais l'affection suivait son cours, par poussées successives, ayant, selon l'expression imagée de la mère « des hautes et des basses ». La fillette dépérissant progressivement, une seconde intervention du médecin fut réclamée, soit 18 mois après la première. Le diagnostic : tuberculose abdominale, avec localisation prédominante aux organes génitaux fut posé, puis confirmé après consultation et examen bactériologique. L'enfant mourut à 9 ans.

» La tuberculinisation, puis l'abatage et l'autopsie, ont révélé, dans l'étable, l'existence de la tuberculose chez 19 animaux sur 21. La vache dont le lait avait surtout été utilisé pour alimenter l'enfant, était atteinte d'une mammite tuberculeuse chronique, aux poussées aiguës de laquelle j'ai cru pouvoir rapporter les poussées également observées chez l'enfant.

» *2e Observation.* — Famille D. V., cultivateurs, à L. — Une enfant née très solidement charpentée de parents sains, encore vivants, ainsi d'ailleurs que leurs huit fils également très robustes, suivait constamment sa mère dans l'étable, munie d'une petite écuelle dont elle se servait pour boire de grandes quantités de lait chaud. A l'âge de 4 ans elle fut soignée pour une entérite, et le médecin conseilla de faire bouillir le lait dont elle faisait sa nourriture presque exclusive. La fillette ayant vomi deux ou trois fois le lait qui avait été soumis à l'ébullition, la mère recommença à lui donner du lait « sortant du pis de la vache ». Quelques mois plus tard, l'enfant semblait cependant être complètement rétablie, lorsque une deuxième, puis ensuite une troisième « inflammation d'intestins » se manifestèrent L'enfant mourut enfin, à 7 ans, de péritonite tuberculeuse.

» La tuberculinisation et les autopsies m'ont permis de constater la tuberculose sur 10 des 11 animaux de l'étable.

» *3e Observation.* — Famille A. R., à R... — Enfant morte à 6 ans de tuberculose abdominale, après avoir présenté les mêmes symptômes que ceux relatés dans l'observation précédente. Seule des six enfants de la maison elle avait consommé le lait cru d'une vache reconnue tuberculeuse. D'ailleurs par l'épreuve de la tuberculine et par les constatations nécropsiques, 7 bovins sur 9 furent reconnus tuberculeux.

(1) « Un fatal préjugé, d'ailleurs très répandu dans les campagnes de ma clientèle, veut que l'on choisisse de préférence pour l'alimentation des enfants, et ce, sous prétexte qu'il est « plus gras » et « plus nourrissant, » le lait provenant de vaches ne « donnant » plus que par deux ou trois rayons ».

» 4e *Observation.* — Famille C. B., à V... — Cinq enfants élevés au lait non bouilli. Deux filles sont mortes, à 16 et 17 ans, de tuberculose ganglionnaire abdominale et miliaire intestinale (de petits tubercules prélevés au rectum de l'une d'elles ont révélé la présence du bacille). Des trois autres enfants, une fillette de 13 ans est actuellement atteinte d'une tumeur blanche au genou, une jeune fille de 24 ans souffre fréquemment de douleurs intestinales qui inspirent de vives et sérieuses craintes à son médecin, et seul enfin un jeune homme de 16 ans, bien que maigre et très pâle, n'accuse encore aucun malaise.

» Tuberculinisation et autopsie des bovidés de l'étable : 12 animaux tuberculeux sur 12.

» 5e *Observation.* — Famille D. C., à C... — Une seule enfant sur sept a été élevée au biberon avec du lait non bouilli. Morte, à 4 ans, de tuberculose péritonéale. Parents et autres enfants en partaite santé,

» Tuberculinisation et autopsies : 5 vaches tuberculeuses sur 5.

» 6e *Observation.* — Famille V. D, à C... — Un enfant sur onze a été nourri et élevé dans les mêmes conditions que la filette de l'observation précédente. Morte, à 3 ans, de tuberculose abdominale.

» 7e *Observation.* — Famille M. D. — Neuf enfants, tous élevés au biberon avec du lait provenant directement de l'étable. Quatre sont morts tuberculeux : le 1er, à 2 ans, de tuberculose abdominale; le 2e, à 15 ans, de tuberculose pharyngée ; le 3e, à 6 ans, et le 4e, à 3 ans, de tuberculose abdominale. Actuellement une enfant de 13 ans est atteinte de tuberculose pharyngée et une autre de 7 ans dépérit progressivement, ressentant de temps à autre de fortes douleurs abdominales.

» Il est à craindre que tous les membres de la famille ne soient, à tour de rôle, victimes de la maladie ; et cependant, dans ce cas, comme dans tous les autres relatés ci-avant, les parents et grands-parents sont très bien portants ou ne sont décédés que très âgés. Toute cause de contagion par hérédité doit donc être écartée ; tout au plus pourrait-on invoquer la contagion d'enfant à enfant par contact immédiat.

» Tuberculinisation et autopsies : 22 bovidés tuberculeux sur 27.

» 8e *Observation.* — Famille G. V., à L... — 5 enfants, 2 jeunes filles de 15 et 17 ans, très grandes buveuses de lait, mortes, l'une de tuberculose intestinale, l'autre de tuberculose péritonéale.

» Autopsies après tuberculinisation dans l'étable : 3 vaches tuberculeuses sur 3.

» 9e *Observation.* — Famille D. C., à R... 9 enfants dont 7, ainsi que le père et la mère et ceux des grands-parents encore vivants sont bien portants, ceux des grands-parents décédés étant morts à 75 et 80 ans. Deux jumelles, les 6e et 7e enfants, dont la naissance avait fatigué la mère, au point de ne pouvoir les allaiter, furent élevées au biberon avec du lait provenant d'une vache ayant complètement perdu un quartier de mamelle (lésions tuberculeuses importantes très nettement vérifiées à l'autopsie) ; elles moururent de tuberculose intestinale à 16 et 17 mois.

» 19 vaches de l'étable sur 21 ont été reconnues tuberculeuses à l'épreuve de la tuberculine, et toutes présentèrent à l'autopsie des lésions caractéristiques de tuberculose.

» Aussi, grand fut le désespoir du malheureux père qui, à l'annonce de ces résultats, pleura abondamment, et me dit : « Si j'avais connu plutôt les bienfaits de la tuberculine, je possèderais encore mes deux chères enfants. »

» 10e *Observation.* — Famille V. O., à B... — Cette observation est tout particulièrement intéressante, eu égard aux conséquences terribles qui y sont relatées et qu'a entraînées l'éclosion d'un premier foyer tuberculeux.

» 3 enfants, dont 2 fils de 21 et 24 ans, en bonne santé. La 3e, une jeune fille de 23 ans, qui vient de mourir, avait été élevée avec du lait d'une vache tuberculeuse ne donnant plus que par 3 trayons. Les poussées de tuberculose ont été lentes à se manifester chez cette jeune fille, en raison, sans doute, des bons soins dont elle était entourée ; cependant la tuberculose intestinale constitua le point de départ de l'affection qui ne se généralisa qu'insensiblement.

» Cette personne était couturière et avait chez elle 7 autres jeunes filles en apprentissage ; ces 7 apprenties sont mortes tuberculeuses à des âges variant entre 12 et 19 ans, avant même que ne succomba celle qui les avait contaminées.

» 11e *Observation.* — Je citerai enfin, parmi tant d'autres encore, cette observation ayant un caractère général, et dont j'ai rigoureusement contrôlé les faits(1).

» Une ferme importante est à fin de bail, en 1894, dans une agglomération de 7.000 à 8.000 habitants ; elle est cédée, en juillet, à un laitier qui, par la bonne qualité apparente de son lait, gagne bientôt la confiance d'une grande partie de la population.

» J'avais observé la tuberculose dans l'étable de son prédécesseur, je l'observai à nouveau chez lui et 4 années plus tard, je lui conseillai la tuberculinisation de ses animaux ; sur 36, 31 réagirent franchement, 3 présentèrent des réactions douteuses, et 2 ne fournirent aucune indication. Les 34 premiers furent reconnus tuberculeux à l'abatage.

» En procédant aux recherches auxquelles je me suis livré, j'ai pu faire les constatations suivantes :

« En 1891,	il mourait, dans le pays,	1	enfant de 0 à 15 ans		de tuberculose abdominale.
» — 1892	—	3	—		
» — 1893	—	2	—		
» — 1894	—	3	—		

» C'est au cours de cette année 1894 que l'exploitation agricole, dont il s'agit plus haut, fut reprise par le nouveau titulaire.

(1) De renseignements complémentaires demandés à M. Mullet, il résulte qu'il a puisé les chiffres et documents sur lesquels il a basé son observation, dans les bureaux de la mairie de la localité où les faits se sont passés.

« En 1895 il mourut dans le pays,	4 enfants de 0 à 15 ans		de tuberculose abdominale.
» — 1896	—	7	—	
» — 1897	—	9	—	
» — 1898	—	8	—	
» — 1899	—	10	—	

» Vers la fin de 1898 la plupart des vaches sont abattues, et le lait de celles qui ne sont pas sacrifiées n'est plus livré à la consommation. A partir de ce moment, la mortalité diminue rapidement :

« En 1900 il ne meurt plus que	6 enfants de 0 à 15 ans		de tuberculose abdominale. »
» — 1901	—	1	—	
» — 1902	—	1	—	
» — 1903 (jusqu'au 10 avril)		0	—	

Si les observations qui précèdent n'ont ni la valeur d'expériences, ni celle de certaines autres qui ont été publiées antérieurement et qui comportaient plus de précision, et, partant plus d'importance ; si les faits qui y sont relatés eussent, pour qu'il fût permis de leur attribuer toute la portée qui eût pu s'en déduire, nécessité le contrôle d'autopsies pratiquées par les médecins, il ressort et se dégage cependant de l'examen de l'ensemble, la possibilité de conclure que le travail auquel s'est livré M. Mullet, et dont je ne saurais trop le féliciter et le remercier, constitue un tout digne d'attirer l'attention et de prendre place à côté des exemples nombreux déjà qui, jusqu'à présent ont été cités pour étayer l'opinion des savants qui affirment la possibilité de la transmission à l'homme de la tuberculose bovine et se font les apôtres de la lutte à engager contre celle-ci.

Il est possible, disions-nous plus haut, de remédier au désastreux état de choses actuel, en ce qui concerne l'opiniâtre et persévérant combat à liver à la tuberculose du bétail. Plusieurs éléments peuvent concourir, à atteindre ce but : c'est d'abord la modification, qu'il est urgent de provoquer, de la défectueuse législation sanitaire qui régit présentement la tuberculose ; c'est ensuite l'éducation du cultivateur qu'il est nécessaire de faire ou de compléter.

Les statistiques établies n'ont malheureusement que la valeur que l'on est d'accord pour attribuer aux statistiques en général, c'est-à-dire une valeur très relative, sinon trompeuse.

En ce qui concerne la tuberculose, par exemple, nous savons pertinemment que, seule, la minorité des cas de cette maladie est portée à notre connaissance. combien d'animaux tuberculeux sont sacrifiés annuellement dans les nombreuses tueries particulières, hélas ! non encore inspectées, de nos 630 communes rurales, et qui, échappant à toute investigation et à tout contrôle, ne font l'objet d'aucune déclaration.

« Pour envisager la réalité telle qu'elle est, dit dans son rapport annuel, l'un de mes adjoints, M. Boutaric, il faut bien se rendre compte que le plus généralement les déclarations faites pour cause de tuberculose, ont pour objet des sujets finis, épuisés, et présentant des lésions de tuberculose généralisée. Par suite de l'état de santé apparent que peut présenter l'animal atteint de cette forme de la maladie, le propriétaire mettra sur le compte du refroidissement ou de toute autre cause banale les irrégularités de fonctionnement physiologique qu'il aura été à même de constater sur son animal, et, si par hasard, il a le soupçon de la tuberculose, il se gardera bien d'en informer le service compétent, de peur des mesures nécessaires qu'il regardera comme trop préjudiciables à ses intérêts d'éleveur ou de laitier. Laissant de côté l'épreuve de la tuberculine dont il a entendu certainement parler, mais qui lui paraît constituer une dépense inutile et superflue, il continuera à exprimer de son bovidé tout ce qu'il pourra en obtenir jusqu'au jour où celui ci, arrivé au terme de sa vie économique (lorsqu'il peut y atteindre), miné par la maladie, sera sur le point de succomber sous sa misère physiologique.

Alors il se souviendra que l'État accorde des indemnités dans les cas de tuberculose ; et, pour y participer, il appellera son vétérinaire et fera la déclaration, à moins toutefois qu'un boucher voisin, plus ou moins expert dans les méthodes savantes d'épluchage, n'acquière, pour quelque argent, la pauvre loque animale, ne la transforme en viande à peu près marchande, et ne la détaille sur les marchés d'approvisionnement des communes où l'inspection sanitaire n'existe pas.

Pendant toute cette période passée au milieu du troupeau, le malade aura souillé de germes infectieux la litière, les mangeoires et les aliments souvent communs, et, ainsi en sera arrivé, presque à coup sûr à contaminer ses voisins d'étable. Le premier malade disparu, d'autres, déjà infectés, continueront la besogne de contagion, jusqu au jour où la plus grande partie de l'effectif, sinon la totalité, se trouvera atteinte. Si cette dernière éventualité survient, le propriétaire, effrayé par les pertes et par les frais qu'un pareil changement entraînerait, ne se résoudra presque jamais à renouveler d'un seul coup son troupeau ; il préférera, de beaucoup, prêter l'oreille aux paroles consolantes de l'empirique qui, pour endormir ses appréhensions, lui affirmera que ses animaux ne sont

pas tuberculeux, que la tuberculose n'est pas contagieuse, et qui par contre-coup bénéficiera, pour prix de ses conseils, des soins à donner aux malades dont il annonce hautement, du reste, la guérison par l'emploi de ses médicaments et de ses procédés secrets. Ajoutons à cela les causes prédisposantes qui résident dans des conditions déplorables d'hygiène de beaucoup d'étables qui sont mal construites, mal aérées, basses, petites et où s'entassent des animaux en nombre bien supérieur à celui que, normalement, elles devraient contenir ; dans la nourriture d'hiver composée en majeure partie de résidus industriels, parfois altérés ; enfin, dans le surmenage fonctionnel imposés aux animaux en vue de la production maximum de lait, et nous aurons expliqué pourquoi le nombre des bovidés tuberculeux est si considérable.

Grâce à l'art. 41 de la loi de finance du 30 mars 1899, qui accorde des indemnités aux propriétaires d'animaux tuberculeux pour lesquels la déclaration, suivie de l'isolement, de la séquestration, etc., a été faite, on avait espéré pouvoir se rendre plus facilement maître de la maladie. C'était évidemment l'appât tentateur qui devait engager les propriétaires à se débarrasser de leurs animaux atteints. Mais en présence du peu d'importance de l'indemnité allouée, surtout depuis que les intéressés savent que l'estimation doit être calculée sur la valeur du bovidé, en tant qu'animal de boucherie, l'enthousiasme, pour les déclarations, semble s'atténuer de plus en plus. Le crédit voté par le Parlement, manque ainsi le but qui avait été visé, et constitue en réalité, sans compensation aucune et sans espoir de voir disparaître la tuberculose, une charge inutile pour les finances publiques.

Le seul moyen d'arriver à des résultats pratiques et appréciables serait d'imposer l'injection de tuberculine à tous les animaux des étables dans lesquelles aurait été constaté un premier cas de tuberculose, puis, lorsque les résultats de cette opération seraient positifs, de substituer à l'arrêté de mise en surveillance actuel, un arrêté déclaratif d'infection s'appliquant au moins aux animaux ayant réagi, avec obligation pour le propriétaire, non seulement de les isoler et de les séquestrer, mais encore de les faire sacrifier dans un délai déterminé qui pourrait être calculé de manière à lui laisser le temps de les livrer à la boucherie dans un état d'embonpoint satisfaisant.

Mais aussi, du fait de cette réglementation, l'indemnité devrait être accordée dans une plus large mesure pour arriver à compenser le plus possible les pertes immédiates éprouvées par le cultivateur. Cette indemnité devrait être proportionnelle au sacrifice demandé ; et, à cet effet, il ne saurait être adopté de base plus équitable que celle admise pour l'allocation des indemnités en matière de péripneumonie contagieuse. Il n'est pas imprudent d'affirmer que si pareille modification intervenait, la tuberculose disparaîtrait rapidement de nos étables ou que, tout au moins, elle diminuerait dans des proportions telles qu'elle cesserait bientôt d'être une charge pour le budget national, une cause de ruine pour l'agriculture française, et une redoutable menace pour la santé publique.

En échange de ces libéralités importantes que consentirait l'État, il lui serait d'ailleurs possible de réglementer d'une façon plus sévère qu'elles ne le sont aujourd'hui les conditions dans lesquelles l'indemnité pourrait être accordée, et ainsi de mettre un terme aux fraudes et aux abus dont se rendent coupables certains individus. Nombreuses, en effet, sont les déclarations de tuberculose faites à tout hasard, en vue de l'obtention d'une indemnité, pour des animaux prêts à succomber aux attaques et aux suites d'une affection quelconque, et dont la mort, quand parfois même elle ne l'a pas précédée, suit de très près la déclaration dont ils sont l'objet.

L'injection de tuberculine devrait être obligatoire, dans certaines circonstances ; ce serait là, ajouterons-nous, le seul moyen de tirer d'elle tout le bénéfice que l'on est en droit d'en attendre. C'est que cette opération, si simple dans ses moyens, et si régulière dans ses résultats, rencontre malheureusement encore aujourd'hui de la part de beaucoup de cultivateurs qui restent sourds aux conseils qui leur sont quotidiennement donnés, une passive hostilité qui résulte tout à la fois : du manque d'initiative et de la méfiance qu'on leur a si souvent reprochés à l'égard de toute innovation, de l'attitude intéressée de l'empirique et aussi de l'intervention d'un autre adversaire qui, dans bien des cas, paralyse nos efforts : le marchand qui ne voit pas, sans appréhension, la tuberculine devenir un moyen de contrôle de l'état de santé des animaux qu'il fournit.

En résumé, il serait nécessaire, pour que nous fussions suffisamment et efficacement armés dans la lutte à continuer et à soutenir contre la tuberculose, que les pouvoirs publics décrétassent :

1° l'inspection permanente de toutes les tueries particulières ;

2° l'existence et la consécration légales de la tuberculine, dont l'emploi serait obligatoire pour tous les animaux appartenant à une exploitation dans laquelle un cas de tuberculose aurait été constaté ;

3° l'application à tous ceux qui réagiraient des mesures actuellement applicables aux animaux reconnus tuberculeux par le seul examen clinique, sauf, peut-être, en ce qui concerne l'abatage auquel il pourrait être sursis jusqu'à l'apparition de symptômes cliniques, ou jusqu'à ce que l'animal ait réagi un certain nombre de fois à des injections successives faites à des intervalles déterminés, ou enfin jusqu'à ce que ce même animal ait atteint un degré d'engraissement suffisant pour être avantageusement livré à la boucherie ;

4° la refonte du système actuel d'indemnisation, et notamment de la base d'estimation de la valeur des animaux ;

5° enfin, l'adoption d'une réglementation générale visant les vacheries urbaines ou rurales, à l'effet d'imposer aux propriétaires ou fermiers qui vendent leur lait en nature pour la consommation publique, l'obligation d'aménager leurs étables selon les règles de l'hygiène, et de soumettre tous leurs bovidés, au moins une fois l'an, à l'épreuve critère de la tuberculine.

Consultations Médico-Chirurgicales

Pelade

Professeur Charmeil.

INFORMATIONS CLINIQUES. — « Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège, et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux qu'à l'état habituel. La surface du cuir chevelu est, au centre des taches, unie, brillante, et d'une blancheur remarquable ». Si, à cette définition de Bateman, nous ajoutons que l'alopécie est le phénomène primitif et exclusif, sans lésion antérieure des téguments, nous aurons nettement caractérisé l' « Alopecia areata ».

Fortuitement le patient, son entourage ou son coiffeur s'aperçoivent, dans les cheveux ou dans la barbe, de l'existence d'une plaque, à contours le plus souvent arrondis sans jamais posséder l'orbicularité parfaite de la plaque tricophytique, qui s'étend peu à peu d'une façon excentrique. Cette plaque est limitée par une bordure de cheveux qui ne possèdent plus qu'une adhérence des plus minimes au cuir chevelu : il suffit de pincer une touffe des cheveux de cette bordure pour que, sans effort, et sans sensation douloureuse pour le malade, on puisse en ramener entre les doigts une véritable petite botte.

La rapidité d'extension des plaques est variable : certaines plaques mettront des semaines à acquérir la dimension d'une pièce de vingt centimes, pendant qu'en quelques jours pourront être constituées des surfaces complètement déglabrées, grandes comme la paume de la main. L'extension de l'aire peladique pourra s'arrêter presque dès son apparition ou au contraire se faire pendant des mois, voire même pendant des années. L'extension sera continue ou discontinue avec des arrêts et des reprises de temps variables. La récidive de l'affection s'observe fréquemment. Ce qui annonce que la plaque est en voie d'extension, c'est le manque d'adhérence des poils au cuir chevelu ; quand l'arrêt du processus est obtenu, les cheveux de bordure reprennent leur adhérence normale.

Le plus souvent, la plaque déglabrée, très légèrement déprimée par rapport aux parties avoisinantes, tranche par son apparence achromique « bille d'ivoire » : tantôt les glandes sébacées hypertrophiées lui donnent une apparence huileuse, et la pression fait sourdre des cocons séborrhéiques, en même temps que la sécrétion sudorale est, elle aussi, plus active que normalement, constituant de la sorte l' « hyperstéathydrose » signalée par maints auteurs ; tantôt, au contraire, la plaque est tout à fait unie et lisse.

Le nombre des plaques peladiques est extrêmement variable, de même que leur localisation. Dans le plus grand nombre de cas, la localisation primitive se fait du côté de la nuque. De là, la pelade s'étend volontiers sous la forme d'une bande suivant la circonférence du cuir chevelu, et constituant alors la pelade de bordure ou ophiasis de Celse. Cette variété serait plus fréquente dans l'enfance. Chez l'adulte, ce que l'on observe de préférence, c'est la variété en petites aires du sommet de la tête.

La pelade n'affecte pas seulement le cuir chevelu, mais encore la barbe, et même, dans certains cas, peut atteindre tous les poils de l'économie, donnant lieu à la pelade décalvante généralisée. La pelade de la barbe qui est d'observation courante est remarquable par sa ténacité et par sa localisation le plus souvent symétrique des deux côtés de la face.

La spontanéité de l'alopécie, indépendamment de tout autre processus morbide local ou général, caractérise la

pelade, à l'inverse des alopécies infectieuses de cause générale, en particulier de l'alopécie en clairières de la syphilis, des alopécies localisées consécutives à des traumatismes ou à des lésions inflammatoires diverses, à l'inverse de l'alopécie diffuse progressive ou calvitie à marche rapide.

INDICATIONS PATHOGENIQUES. — Dans la pathogénie de la pelade, deux grandes doctrines sont en présence. Dans la première, on conçoit la pelade comme une affection parasitaire et contagieuse ; dans la seconde comme une affection d'origine nerveuse, une variété de trophonévrose. Une théorie mixte existe, qui n'est généralement pas admise et fait de la pelade deux affections différentes, suivant les caractères cliniques observés : « 1° La pelade ophiasique (de CELSE), plus fréquente et plus nette chez l'enfant, à début occipital et à extension circonférentielle au cuir chevelu ; à marche lente, guérissant à la puberté, absolument pas contagieuse, à hérédité certaine ; 2° la pelade séborrhéique (de BATEMAN), s'observant de préférence chez l'adulte, débutant par une plaque initiale suivie à distance de plaques secondes, due à l'infection micro-bacillaire, à contagiosité rare, mais indiscutable.

On conçoit l'importance de la pathogénie, puisque toute la thérapeutique, toute la prophylaxie surtout, dépendront de la doctrine adoptée.

a) La doctrine parasitaire a apporté des arguments directs sous forme de description du parasite causal : aucun de ceux décrits ne paraît pas avoir résisté à la critique, pas plus le micro-bacille de SABOURAUD que ses prédécesseurs. Elle a donné aussi des arguments indirects en essayant de démontrer expérimentalement d'abord, puis cliniquement, l'inoculabilité ou la contagiosité de l'affection. Les travaux expérimentaux n'ont rien donné de formel ; restent seuls discutables les arguments cliniques. Or, à mesure que l'on serre de plus près les cas de soi-disant contagion, et surtout les observations d'« épidémies de pelade », un doute invincible remplace de plus en plus la foi contagionniste, qui, il y a quelques années encore, était le lot des plus sagaces observateurs. De plus en plus, les enquêtes minutieuses démontrent que les prétendus foyers de propagation ne sont autre chose que la réunion de cas disparates où les vraies pelades réunies par simple coïncidence fortuite sont en minorité à côté d'alopécies de nature variée et différente. Et la formule : « Alopécie épidémique, pas de pelade ; pelade, pas d'épidémie » semble rallier de plus en plus la majorité des observateurs, malgré toute la haute valeur de quelques opposants.

b) La doctrine trophique s'appuie sur le fait d'observation que la pelade se montre de préférence chez des gens nerveux, à hérédité névrosique variée ; sur l'influence indiscutable de certains chocs nerveux, de certaines émotions violentes qui ont été suivis à bref délai de pelade, le plus souvent grave, parfois généralisée. Elle s'appuie sur certains rapprochements avec des affections indiscutablement névrotrophiques comme certaines alopécies consécutives à des lésions nerveuses comme le vitiligo, etc., etc. Enfin et surtout, elle profite de la défaveur de la doctrine parasitaire. La dernière conception de la pelade est celle de JACQUET : pour cet auteur, à la pelade s'associe tout un ensemble morbide, portant de préférence sur la peau et caractérisé avant tout par une dystrophie flaccide ou « hypotonie ». En même temps, troubles de la nutrition générale que révèlent des troubles urologiques divers. C'est sur un terrain ainsi préparé que la pelade se fixerait à la suite d'irritations locales perçues à distance (pelades réflexes), et JACQUET insiste de préférence sur l'origine dentaire de l'irritation. Peut-être existe-t-il aussi des pelades d'origine nerveuse centrale, comme celles consécutives aux chocs moraux et aux émotions. On le voit, dans cette conception, la pelade a perdu tout caractère de spécificité, ce n'est plus qu'un accident au milieu de tout un ensemble pathologique.

TRAITEMENT. — Il découle des notions pathogéniques ci-dessus que le traitement doit être prophylactique et curateur.

PROPHYLAXIE. — En pratique, pour ce qui regarde les enfants en particulier, on demandera au médecin, avant même de le questionner sur le traitement à suivre, si le petit malade peut continuer à fréquenter d'autres petits compagnons, et spécialement s'il peut retourner à l'école. En ce qui nous concerne, nous croyons qu'**il n'y a pas inconvénient, une fois établi indiscutablement le diagnostic de pelade, à permettre la fréquentation de l'école**. Mais le médecin ne devra pas perdre de vue qu'en agissant ainsi, il heurtera les idées généralement admises, et si une coïncidence fâcheuse amène dans la même école un autre peladique, on l'accusera volontiers d'avoir été, par son scepticisme, l'auteur d'une contagion qui, en allant au fond des choses, ne se sera pas produite.

TRAITEMENT CURATIF. — Sans vouloir aller aussi loin que KAPOSI qui déclare que, dans le traitement de la pelade : **Le temps agit évidemment plus et mieux que tout ce que l'on peut faire**, encore faut-il ne pas se faire illusion sur la valeur de la thérapeutique. Dans nombre de cas bénins, les aires peladiques disparaîtront en quelques semaines, au grand honneur du médecin, tandis que dans les cas graves, l'affection persistera et progressera pendant des mois et des mois, parfois des années, quoi qu'il fasse.

Thérapeutique générale. — Quelle qu'en soit la nature intime, la pelade se développe de préférence sur un terrain nerveux, et, à en croire Jacquet, sur un état d'hypotonie générale.

Dans les cas sérieux en particulier, il faudra donc instituer une médication qui s'adressera à l'état général.

Suivant les indications fournies par un examen scrupuleux et complet du sujet, on pourra conseiller l'**aération**, le séjour au bord de la mer, un exercice régulier, l'**hydrothérapie** suivant ses divers modes, le **massage** général, etc. La médication reconstituante, en dehors de l'hygiène proprement dite, par l'administration des **martiaux**, des phospho-glycérates, de la lécithine sera fréquemment indiquée. L'**arsenic**, et l'on pourra dans l'espèce recourir soit aux eaux arsenicales naturelles, en particulier la Bourboule, soit aux agents de la matière médicale : acide arsénieux (liqueur de Boudin); arséniate de potasse (liqueur de Fowler); arséniate de soude (liqueur de Pearson), les cacodylates, le méthylarsinate de soude, l'arsenic, disons-nous, a parfois donné des résultats encourageants. L'**huile de foie de morue** est souvent recommandable. Enfin Jacquet a insisté sur le bon effet d'injections de **sérum concentré** ou normal.

Thérapeutique locale. — Comme traitement local, il est classique d'employer tout d'abord l'épilation dans le pourtour de l'aire peladique, ou à son défaut la rasure. L'**épilation** avait surtout sa raison d'être dans la conception parasitaire de la maladie : on agissait en somme dans la pelade comme dans le favus; l'épilation en elle-même peut, du reste, indépendamment de l'hypothèse parasitaire, être recommandée comme provoquant une irritation légère du tégument. Aujourd'hui, on tend plutôt à la remplacer par la **rasure**, quotidienne pour la pelade de la barbe, hebdomadaire pour la pelade du cuir chevelu. En cas de plaques uniques ou discrètes, on se contentera de raser une bordure d'un centimètre au pourtour de chaque plaque; chez l'homme, il sera bon de conseiller de porter les cheveux très courts, ce qui permet une surveillance plus facile. Chez la femme, la pelade discrète pourra être traitée sans le sacrifice de la chevelure. Dans le cas de pelade très étendue, il ne faut pas hésiter à sacrifier la chevelure, et il sera indiqué de raser tout le cuir chevelu.

α) Comme topique, on a conseillé tour à tour une foule d'agents antiseptiques ou irritants, le plus souvent antiseptiques et irritants. Le choix importe relativement peu, et on peut dire avec Besnier que « **Tout topique irritant capable de déterminer une congestion légère du derme et une épidermite du type de la rubéfaction eczématique ou, au plus, de la vésication simple, peut être employé indifféremment** ».

En tête des agents de cet ordre, nous conseillerons en première ligne **l'acide acétique** pur ou mitigé : l'acide acétique pur est de maniement délicat et ne doit pas être laissé à la disposition du malade; le médecin s'en réservera l'application qui consistera à tremper un petit pinceau de ouate hydrophile au bout d'un petit bâton dans l'acide acétique, à bien essorer le pinceau le long du goulot de la bouteille, de façon qu'en frictionnant la plaque, on ne risque pas de provoquer le coulage sur les parties voisines. La friction sera très brève et suivie immédiatement d'un essuyage avec une boule de coton sec. Immédiatement, la plaque devient d'une pâleur comparable à celle d'une gelure superficielle avec le chlorure d'éthyle; l'inconvénient de cette application est la douleur assez vive qu'elle provoque. Dans les jours suivants, il se produit une rubéfaction intense, parfois une véritable petite vésication. Tout reprend son apparence normale dans une dizaine de jours. L'acide acétique mitigé dont on pourra recommander l'emploi au malade lui-même sous forme d'une friction légère au niveau des plaques tous les deux ou trois jours se formulera :

Ether officinal	25 grammes
Hydrate de chloral.	de 1 à 4 grammes.
Acide acétique cristallisable. .	de 0.50 à 2 grammes

C'est l'état des téguments qui réglera le nombre des applications; on maintiendra la peau dans un état de tension et de rubéfaction sub-inflammatoire.

Nous avons insisté sur ce mode d'application parce qu'il devra être le même avec les autres topiques irritants qu'on peut lui substituer. Citons l'**ammoniaque liquide** qui demande autant de précautions que l'acide acétique pur; l'**huile de croton** d'un maniement encore plus délicat, — on peut avoir facilement une dermite qui dépasse la mesure, aussi vaut-il mieux y renoncer —; la **teinture d'iode**; l'**acide phénique** en solution concentrée dans l'alcool.

On a aussi employé des crayons médicamenteux soit à base de capsicine, soit de chrysarobine comme dans la formule Galewsky :

Chysarobine	3,50 grammes.
Paraffine.	2,50 grammes.
Beurre de Cacao	2,50 grammes.
Vaseline	1,50 grammes.

En frictions légères appliquées chaque soir.

L'**essence de Wintergreen** en solution dans deux parties d'éther; l'**essence de cannelle** en solution dans trois parties d'éther sont aussi d'un maniement commode.

β) Dans les cas rebelles, Sabouraud recourt à une rondelle de **sparadrap-vésicatoire** de la dimension de la plaque, laissée en place jusqu'à vésication; puis,

abrasion de la phlyctène et, sur son fond dénudé, application d'une solution de **nitrate d'argent** à un pour quinze.

Le médecin trouvera dans cette liste toute la variété désirable. Le seul principe dont il ne devra pas se départir, c'est de **ne pas aller trop loin, au risque de provoquer d'irrémédiables cicatrices.**

Indépendamment des aires peladiques, tout le cuir chevelu pourra, deux fois par semaine, après **savonnage** ou nettoyage avec de l'éther de pétrole, être soumis à une **friction** avec une solution analogue à celle-ci :

Alcool à 90°	300 grammes.
Alcoolat de mélisse composé	100 »
Alcoolat de lavande	100 »
Bichlorure de mercure	0,60 centigr.
Teinture de cantharides	15 grammes
Hydrate de chloral	5 »
Huile de ricin	2 »

En dehors de l'irritation chimique, l'on pourra recourir à des moyens purement physiques tels que **massage énergique** des plaques, **brossage** avec une brosse dure, **faradisation** des plaques. L'application de la **photothérapie** suivant la méthode de Finsen, l'effluve de **haute fréquence** qui ont été employées au cours de ces dernières années avec un certain succès n'ont vraisemblablement pas d'autre mérite que d'entretenir les parties dans l'état d'irritation légère que tous les moyens que nous avons passés en revue ont la prétention de réaliser.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Seance du 24 Juillet 1908

Présidence de M. Surmont, vice-président

Désarticulations coxo-femorales pour coxalgie

M. **Folet** présente un homme et une femme guéris après désarticulation de la hanche. Ils étaient atteints de coxalgie très avancée avec luxation, etc. Dans ces cas, le mieux est de sacrifier complètement le membre inférieur. M. Folet emploie le procédé de Pollosson qui est rapide, peu grave et ne donne aucune perte de sang. Cette conduite est à préconiser dans les coxalgies très avancées ; mais il faut savoir que ces opérés ne peuvent plus marcher sans une béquille, à moins de leur faire porter des appareils fort coûteux.

Appendicite vermineuse

M. **Le Fort** lit un mémoire sous ce titre (*sera publié*).

Myélite syphilitique précoce

M. **Gellé** lit cette observation (voir page 326).

Trois cas de lithiase vésiculaire ayant simulé d'autres affections. Presentation de pièces opératoires : vésicule avec calcul dans le cystique (cystico-cholecystectomie) et calculs biliaires (cholecystostomies).

M. **Le Fort** relate ces observations qui seront publiées in-extenso.

M. **Surmont** dit que la difficulté du diagnostic des lésions vésiculaires tient à ce qu'on croit qu'il faut attendre, pour ce diagnostic, l'apparition de l'ictère. Or précisément, cet ictère fait défaut d'habitude et cette absence d'ictère ne doit nullement faire rejeter le diagnostic de cholécystite. M. Surmont signale le cas d'un malade atteint d'angiocholécystite aiguë mortelle, ayant eu de la fièvre et des douleurs quinze jours avant l'ictère.

Le troisième malade de M. Le Fort avait des lésions de l'estomac qui étaient considérables et ont passé inaperçues parce que les premiers médecins ont pris la tumeur pour le lobe gauche du foie. L'énorme cancer qui siégeait à l'estomac est resté latent jusqu'au moment où il a gagné le pylore. Le cancer gastrique demeure souvent latent tant qu'il n'est pas orificiel.

Néphrite diffuse chronique d'origine diphtérique

M. **Gellé** montre des petits reins blancs, extrêmement atrophiés, provenant d'une jeune fille de seize ans morte d'urémie dyspnéique dans le service de M. Combemale. Cette malade, chez qui l'albuminurie était considérable, n'avait eu d'autre maladie que le croup douze ans auparavant. Les coupes microscopiques montrent une inflammation diffuse.

M. **Ingelrans**, qui a observé la malade, dit qu'elle a présenté pendant longtemps une céphalée brightique très intense. A la suite d'un écart de régime, la mort par urémie est survenue en quelques heures.

L'origine diphtérique très ancienne de cette atrophie rénale ne fait aucun doute. Le présent cas offre un intérêt majeur, car on n'en connaît guère d'aussi typique et démonstratif.

En décembre 1894, à la Société de Biologie, Enriquez et Hallion ont étudié les reins d'un singe mort d'urémie par atrophie rénale, un an après l'injection de toxine diphtérique.

Il faut admettre que les lésions qui ont persisté après la diphtérie avaient disparu dans certaines régions, pour ne laisser que des troubles locaux partiels, ce qui permettait un fonctionnement suffisant des reins pendant des années. A la suite d'intoxications de tout ordre, l'annihilation progressive s'est produite jusqu'à ce qu'un dernier assaut vienne la compléter. Ce n'est que de cette façon qu'on conçoit ces néphrites infectieuses à marche lente. En tout cas, à seize ans, la néphrite atrophique est exceptionnelle : sur 308 cas relevés par Lecorché, un seul a trait à un sujet de moins de vingt ans. Goodhart cite un cas de ce genre avec autopsie, à l'âge de 18 ans, six ans après la scarlatine. Plus d'une néphrite de cause indéterminée relève sans doute d'imprégnations toxiniques, à début très éloigné et méconnu, qui ont permis à des causes morbides très légères de continuer à altérer progressivement les reins

et à amener une urémie à échéance lointaine comme dans le présent cas.

Lèpre

M. **Charmeil** présente un lépreux des îles de la Sonde dont l'observation sera publiée in extenso.

M. **Combemale**, vis-à-vis de l'extrême dureté des nerfs chez ce malade, pense qu'ils ont subi la dégénérescence crétacée. Il rappelle que le 20 juin 1891, avec Marestang, il a montré à la Société de Biologie, les nerfs médian et cubital d'un lépreux des îles Marquises qui étaient scléreux et, en outre, présentaient des dépôts de carbonate et de phosphate de chaux en plein faisceau ou à la place des tubes nerveux vides. Cette altération peut être considérée comme l'aboutissant du processus irritatif primitif. La rareté des examens du nerf lépreux explique probablement qu'on n'ait pas signalé fréquemment cette altération.

Stasobasophobie avec akathisie

M. **Ingelrans** présente un ébéniste de 31 ans, sans aucun antécédent particulier, qui eut un lumbago il y a sept mois. A la fin de février dernier, les douleurs augmentant, cet homme se mit au lit et n'en bougea plus jusqu'au 19 juillet, jour où la guérison par suggestion thérapeutique fut obtenue. Il s'agit, en effet, d'un cas de stasobasophobie. Le malade avait été transporté à l'hôpital le 26 juin : la force musculaire des membres inférieurs était conservée, tous les mouvements possibles, sans nulle ataxie, ni troubles sensitifs. Il prétendait ne pouvoir se tenir debout, ni même s'asseoir. L'idée seule de quitter le lit lui était insupportable et si on essayait de l'y décider, il était pris d'angoisse, avec dyspnée, sueurs, etc. C'est là le grand caractère de la stasobasophobie, décrite en 1893, par MM. Debove et Boulloche, et ce qui la distingue de l'astasie-abasie. Le traitement suggestif a consisté en deux injections épidurales de sérum physiologique et en l'administration de quatre pilules d'un centigramme de bleu de méthylène, le tout en vingt-quatre jours. Le quatrième jour, le malade s'asseyait dans son lit, puis dans un fauteuil; enfin la marche se fit sans difficulté et le malade a parcouru plusieurs kilomètres aujourd'hui.

Les douleurs lombaires ont produit chez lui une auto-suggestion qui a entraîné la phobie. Cette auto-suggestion a été renforcée du fait que plusieurs médecins lui ont laissé entendre qu'ils craignaient une lésion vertébrale, erreur d'ailleurs très-excusable, vu l'état où se trouvait le sujet qui prétendait ne pouvoir faire un mouvement. Sainton ne signale qu'un seul malade ne pouvant pas même s'asseoir comme celui-ci. C'est là de l'akathisie, au sens propre du mot (car ce qu'Hastkovec a désigné de ce nom en 1901 est un syndrome où la position assise est rendue impossible par des mouvements automatiques). La stasobasophobie, qui peut durer fort longtemps, a sa place parmi les troubles psychiques qui ont l'angoisse pour origine. Ce n'est donc pas une manifestation hystérique.

Uretère double.

MM. **Dutilleul** et **Maurice Leroy** présentent une pièce anatomique recueillie par eux au cours de l'autopsie médico-légale d'un enfant de sept mois.

Il s'agit d'un rein portant un uretère double dont la duplicature s'étend presque jusqu'à la vessie.

Le rein droit d'où naît cet uretère est d'un quart plus volumineux que son congénère. Le bassinet fait défaut et l'on voit partir du hile deux uretères distincts présentant chacun le volume de l'uretère normal. Après un parcours de un centimètre environ, ces canaux se réunissent pour former un tube unique du volume d'une anse intestinale, qui va s'atténuant vers son extrémité inférieure jusqu'à prendre le volume de l'uretère opposé et vient s'ouvrir dans la vessie au point normal. Un examen attentif et une dissection minutieuse de la pièce permettent de reconnaître que la fusion des deux uretères au voisinage de leur origine n'est qu'apparente et que sur une longueur de sept centimètres le tube volumineux précédemment décrit résulte non de leur réunion, mais de leur accolement dans une gaîne cellulo-fibreuse serrée. Sur toute cette longueur, ils sont séparables et se présentent sous l'aspect de deux conduits fusiformes, dilatés, de dimensions à peu près identiques. Ce n'est qu'à deux centimètres environ de la vessie que ces deux canaux se réunissent pour former un uretère unique, identique à son congénère de gauche et s'ouvrant comme lui par un pore unique dans la vessie.

Le rein et l'uretère gauche sont de conformation normale.

L'anomalie que nous avons observée n'est pas très fréquente. Nous n'en avons relevé que douze cas au cours de nos recherches bibliographiques.

Anesthésie du trijumeau.

M. **Ingelrans** présente un homme de 39 ans qui a une anesthésie totale et absolue de tout le territoire du trijumeau droit. La branche masticatrice n'est pas paralysée.

Cet homme, qui ne présente nul autre symptôme, si ce n'est une très légère incontinence d'urine, a eu d'abord de violentes douleurs dans le maxillaire supérieur droit. Il a fait enlever, il y a huit mois, la première petite molaire supérieure qui était cariée, et trois mois après, on en fit encore l'ablation d'un fragment. Depuis, les douleurs ont persisté et le malade s'est aperçu qu'il ne sentait plus rien dans la moitié droite de la face. La piqûre d'une épingle est indolore dans toute la distribution du trijumeau droit et rien que dans cette région. La conjonctive est insensible : la cornée seule a conservé sa sensibilité.

La fosse nasale droite, la face interne de la joue, la moitié de la langue ne perçoivent plus ni le contact, ni la

piqûre. Les aliments, dont la présence dans le côté droit de la bouche est ignorée du malade lorsqu'il mange, s'accumulent dans le sillon gingivo-labial. L'acide acétique, approché de la narine droite, n'éveille aucune impression. La quinine, sur le côté droit de la langue, n'est pas perçue. Le périoste des os de la face est insensible à la piqûre profonde. Une vaso-dilatation marquée existe à la pommette, si bien que de grosses gouttes de sang perlent de ce côté à la moindre piqûre ; rien de pareil à gauche. Le tonus des muscles faciaux droits, paraît diminué : aucune trace de paralysie ; ni albuminurie, ni glycosurie. Tous les appareils ont été examinés et semblent normaux, mise à part la légère incontinence d'urine signalée.

Est-ce une névrite ascendante du trijumeau, comme on en a signalé après avulsion de dents? Est-ce de la syphilis? Est-ce un cancer? Est-ce un tabes au début dont cette anesthésie et la paralysie du sphincter vésical seraient les seuls signes ? On a fait une injection d'huile grise, dans le soupçon d'une lésion spécifique. L'hystérie est tout à fait improbable.

M. **Ingelrans** ajoute que le malade n'a ni kératite neuroparalytique, ni troubles trophiques de l'œil comme on en voit chez l'animal après résection du ganglion de Gasser. D'ailleurs, chez l'homme, l'ablation de ce ganglion n'amène pas ces troubles, même quand il est démontré que cette ablation a réellement eu lieu.

M. **Dutilleul** demande qu'on recherche chez le malade la réaction sudorale à l'aide de la pilocarpine.

M. **Le Fort**, à propos de l'extirpation du ganglion de Gasser, dit que, c'est actuellement une opération très bien réglée et que le seul cas où il y ait eu erreur sur la partie excisée est celui de Dennetières (d'Orchies), rapporté par Gérard Marchant, à la Société de Chirurgie.

Poirier, qui disait cette résection impossible, a décrit plus tard un procédé pour la pratiquer.

M. **Ingelrans** ne méconnaît nullement qu'on puisse extirper ce ganglion, mais il n'y a pas toujours d'examen histologique démontrant que l'ablation a bien eu lieu. On peut d'ailleurs chirurgicalement aller plus loin et pratiquer l'arrachement protubérantiel du trijumeau (Coelho).

M. **Le Fort** pense que, dans le présent cas, les douleurs auraient été beaucoup plus vives, s'il y avait eu névrite ascendante.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITE DE LILLE

La chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine portera désormais le nom de *Chaire de clinique des maladies des voies urinaires et de pathologie externe*. Sur la demande de M. le professeur Carlier, les Conseils de la Faculté et de l'Université avaient émis le vœu ci-dessus ; le Conseil supérieur de l'Instruction publique l'a appuyé de son autorité, comme juste et raisonnable. Nous adressons à notre excellent collègue, dont l'enseignement si personnel est ainsi reconnue et apprécié, nos plus vives félicitations.

— Le lundi 27 juillet 1903, a eu lieu le concours pour un emploi **d'aide de clinique chirurgicale des enfants** devant un jury composé de MM. les professeurs Folet, Dubar, Gaudier. La question écrite comportait : *L'articulation coxo-fémorale ; Anatomie pathologique, diagnostic et traitement de la luxation congénitale de la hanche.* L'épreuve de médecine opératoire a consisté en la *ligature de l'artère linguale à son origine* ; l'épreuve de laboratoire en la reconnaissance d'une *Coupe d'appendice normal.* M. le docteur Colle, après d'excellentes épreuves, a été présenté pour cet emploi.

— Le lundi 27 juillet, devant un jury composé de MM. les professeurs Folet, Dubar et Gaudier, a eu lieu le concours pour un emploi **d'aide de clinique des maladies des voies urinaires.** La question sortie de l'urne à l'épreuve écrite a été : *Rapports du rein ; Diagnostic et traitement de la tuberculose du rein.* L'épreuve de médecine opératoire a consisté en la *Ligature de l'artère fémorale à l'anneau du 3e adducteur ;* l'épreuve de laboratoire en une *Coupe de rein normal.* Après de bonnes épreuves, M. le docteur Davrinche a été présenté pour cet emploi.

— Une importante **donation** vient d'être faite à la Faculté de médecine de Lille. Monsieur et Madame Lediеu-Dupaix, de Lille, dont les libéralités aux œuvres d'assistance de notre ville sont fréquentes, ont fait don manuel à la Faculté de la somme de 31.000 francs, pour une partie servir à assurer le traitement d'un agrégé de chirurgie pendant neuf ans, et le surplus par ses arrérages, permettre la création d'un prix à accorder au meilleur travail de chirurgie urinaire. Le Conseil de la Faculté a accepté cette donation.

L'*Echo médical du Nord* joint ses remerciements à ceux qui sont déjà parvenues à Monsieur et Madame Ledieu-Dupaix en suite de leur largesse envers l'Université.

Soutenance de Thèse

M. C.-F.-G. Lefèvre, de Saint-Georges-la-Rivière (Manche), a soutenu, avec succès, le mercredi 29 juillet 1903, sa thèse de doctorat (6e série, n° 153), intitulée : **La médication toni-iodurée dans les cardiopathies.**

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 343. Septième Année. N° 32 — Le Numéro : 10 centimes — 9 Août 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Médicaments arsenicaux

par le docteur **Ern. Gérard**,
Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie.

Depuis l'antiquité, les médicaments arsenicaux sont employés en thérapeutique, mais jusqu'ici leur usage n'était justifié par aucune donnée physiologique précise, on n'avait pour seul guide que les observations cliniques, les modifications observées dans les phénomènes de la nutrition ou de la circulation ou l'action curative que cette substance paraissait exercer sur la peau au moment de son élimination. La découverte toute récente de l'arsenic comme élément constitutif de nos tissus nous a conduit à une thérapeutique plus rationnelle.

M. Armand GAUTIER a reconnu, en 1899, que l'arsenic existe normalement chez l'homme et chez les animaux domestiques ; il a observé que ce métalloïde se trouvait surtout dans les organes d'origine ectodermique : la peau et ses annexes, la glande thyroïde, le thymus, la glande mammaire, le cerveau, ainsi que dans les os, et il a établi que l'arsenic s'élimine surtout par les poils, les cheveux et les cornes, ainsi que par le sang menstruel chez la femme.

Cet arsenic normal semble jouer dans les cellules un rôle analogue à celui du phosphore ; il se trouve, suivant M. Armand GAUTIER, à l'état d'*arsénucléines*, coexistant avec les nucléines phosphorées ordinaires. Ces arsénucléines paraissent nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme, comme en témoignent les troubles que présentent les individus dont la glande thyroïde disparaît par atrophie ou ablation.

A la suite de ces remarquables travaux, la médication arsénicale se justifiait dans le traitement de certaines affections. Vers la même époque, M. DANLOS, frappé des inconvénients de l'usage prolongé de l'arsenic dans les maladies de la peau, emploie, sur les conseils de M. A. GAUTIER, le dérivé sodique de l'acide cacodylique qui renferme une grande quantité d'arsenic à l'état de combinaison organique. Ce composé avait déjà été introduit en thérapeutique par les auteurs allemands, mais les résultats obtenus par SCHMIDT et CHOMGE, KURSCHNER et RENZ ne furent pas encourageants.

L'acide cacodylique $O = As(CH^3)^2OH$ est un corps anhydre, cristallisé, très soluble dans l'eau, moins

soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther. Il renferme 54,3 pour 100 d'arsenic à l'état latent et il n'est pas vénéneux. Ce composé est un exemple frappant de la diminution de la toxicité d'une substance, comme l'arsenic, par l'adjonction de groupements ou radicaux chimiques.

M. Danlos a employé, pour l'usage externe, des solutions d'acide cacodylique dont le titre variait de 50 à 75 °/₀. C'est surtout le cacodylate de soude qui est utilisé en thérapeutique.

Le *cacodylate de soude* O = As $(CH^3)^2$ONa se présente en cristaux brillants, très solubles dans l'eau et dans l'alcool.

Ce sel a été préconisé par MM. A. Gautier, Danlos, Renaut, Potain, Letulle, Burlureaux, Roustan, Rille, Balzer, etc., pour le traitement de la tuberculose, du paludisme, de l'anémie grave et du diabète. Le cacodylate de soude s'administre surtout par la voie sous-cutanée et, dans ces conditions, il est généralement très bien toléré. Au contraire, à la suite de son ingestion stomacale, on remarque souvent, mais pas d'une façon constante, que l'haleine et les sueurs du malade prennent une odeur alliacée en même temps qu'il se manifeste des troubles intestinaux. Ces accidents sont dus, d'après A. Gautier, à l'oxyde de cacodyle, corps volatil et toxique, résultant de la réduction de l'acide cacodyle dans les voies digestives.

Pour les injections hypodermiques, A. Gautier conseille la formule suivante :

Cacodylate de soude pur..........	6 gr. 40.
Alcool phéniqué au 1/10e.........	X gouttes.
Eau distillée......................	100 cent. cubes

Cette solution doit être stérilisée avec soin. Un centimètre cube correspond à 0 gr. 05 d'acide cacodylique, c'est-à-dire à la dose moyenne à injecter, en une seule fois, dans la journée, dose que l'on peut doubler en laissant le malade se reposer huit à dix jours.

Pour les malades qui ne présentent pas d'intolérance vis-à-vis de ce composé, on peut avoir recours à différentes formules pharmaceutiques pour le faire absorber par la voie stomacale. On peut, par exemple, le prescrire en solution :

Cacodylate de soude............. ...	1 gramme
Eau distillée.........................	25 —

V gouttes correspondent à 0 gr. 01 de cacodylate.

Danlos l'ordonne en potion :

Cacodylate de soude................	2 grammes
Rhum........................ }	ãã 20 grammes
Sirop simple.................. }	
Eau distillée......	60 grammes
Essence de menthe	II gouttes

Une cuillerée à café renferme 0 gr. 20 de cacodylate ; à prendre au moment du repas.

Cette dose de 0 gr. 20 nous paraît un peu élevée, il est prudent de ne pas dépasser 0 gr. 10 à 0 gr. 15 par 24 heures, surtout lorsqu'on doit continuer le traitement pendant un certain temps.

Bien d'autres combinaisons de l'acide cacodylique ont été proposées, comme le *cacodylate de potasse*, de *lithine*, de *chaux*, de *magnésie*, d'*argent*. Ces différents sels ne présentent pas d'avantages particuliers sur le cacodylate de soude.

Toutefois le *cacodylate de fer* présente une mention spéciale : MM. Gilbert et P. Lereboullet, partant de ce fait que l'association de l'arsenic et du fer, en thérapeutique, a toujours paru devoir donner les meilleurs résultats dans la chlorose et les chloro-anémies, ont expérimenté le cacodylate de fer. Il résulte de leurs recherches que ce sel a une efficacité réelle dans ces affections : dans la chlorose, il produit une augmentation rapide, notable et persistante du taux de l'hémoglobine et les chloro-anémies de divers ordres semblent favorablement influencées.

Le *cacodylate de fer* est une poudre vert pâle, soluble dans l'eau en donnant une solution limpide, il contient 20 pour 100 d'oxyde de fer (Fe^2O^3).

MM. Gilbert et Lereboullet prescrivent ce composé en injections hypodermiques :

Cacodylate de fer....................... .	0 gr. 30
Eau distillée................	10 cent. cubes.

A stériliser. — Un centimètre cube de cette solution contient 0 gr. 03 de cacodylate de fer; on commence par injecter 1 cent. cube et on porte progressivement la dose quotidienne à 2 et 3 cent. cubes.

Absorbé par la voie digestive, il ne semble pas provoquer d'accidents d'intolérance et on peut prescrire soit quelques gouttes de solution aqueuse, soit des granules. Dans tous les cas, la dose, *pro die*, ne doit pas dépasser 15 à 20 centigrammes.

MM. Barbary et Rebec ont recommandé, dans le traitement de la tuberculose, le *cacodylate de gaïacol*, combinaison peu stable d'acide cacodylique et de gaïacol qui se présente sous la forme d'un sel hygrométrique, soluble dans l'alcool et les huiles, mais se dissociant, au contact de l'eau, en acide cacodylique et gaïacol. Ce composé se formule en solution huileuse pour les injections hypodermiques :

Huile d'olives lavée à l'alcool et stérilisée	50 grammes
Cacodylate de gaïacol	0 gr. 50.

On injecte, par jour, 10 cent. cubes de la solution, soit 0 gr. 10 de composé gaïacolé.

En raison de l'intolérance du cacodylate de soude

et des malaises qui en résultent lorsqu'il est absorbé par la voie gastrique et par suite du désagrément d'obliger le malade, pour les injections sous-cutanées, à de continuelles piqûres, M. A. GAUTIER a cherché, en collaboration avec M. MONNEYRAT, un composé arsénical non vénéneux qui, tout en jouissant de la puissance thérapeutique des cacodylates, n'exigerait pas comme eux la voie hypodermique. Ces auteurs ont fixé leur choix sur le sel disodique de l'*acide méthylarsénieux,* appelé aussi *acide méthylarsinique* $O = As\,(CH^3)\,(OH^2)$, qui, en raison de sa constitution, ne peut donner, absorbé par la voie stomacale, d'oxyde de cacodyle nocif. Par suite, le sel disodique de cet acide, c'est-à-dire le *méthylarsinate disodique*, a l'avantage de pouvoir être donné indifféremment soit en injections hypodermiques non douloureuses, soit par la bouche sans provoquer de renvois alliacés, ni d'hépatisme, ni d'albuminurie.

Pour simplifier le langage et éviter des confusions, A. GAUTIER a donné, pour l'usage médical, au méthylarsinate de soude le nom d'*arrhénal* (du grec αρρεν, forme archaïque de αρσεν, d'où vient le mot arsenic).

L'arrhénal est en gros cristaux transparents, incolores, solubles dans l'eau, très peu solubles dans l'alcool, insolubles dans l'éther. Ses indications thérapeutiques sont les mêmes que ceux du cacodylate de soude. On le donne à la dose de 0 gr. 05 par jour que l'on peut élever exceptionnellement à 0 gr. 15 et 0 gr. 20. A GAUTIER conseille de l'administrer pendant cinq jours de suite en faisant suivre d'un intervalle de repos égal au temps de la médication, puis de recommencer.

Pour son absorption, on peut utiliser les différentes formes pharmaceutiques ordinaires : solution, granules, sirops ou potions. Il se prescrit en injections hypodermiques comme le cacodylate de soude.

Parmi les autres composés organiques de l'arsenic nouvellement introduits en thérapeutique, il faut signaler le *glycéroarséniate de chaux,* étudié par MM. SCHLAGDENHAUFFEN et PAGEL. Se basant sur la composition des lécithines envisagées comme des glycérophosphates organiques et partant de l'hypothèse déjà ancienne de SCOLOSUBOFF que, lors d'un traitement avec la liqueur de PEARSON, l'acide arsénique viendrait prendre la place de l'acide phosphorique dans cette molécule organique complexe, ces auteurs ont songé à introduire directement dans l'organisme un glycéroarséniate.

Le glycéroarséniate de chaux

$$O = As \begin{matrix} < {}^{O}_{O} > Ca \\ \diagdown OC^3H^5 < {}^{OH}_{OH} \end{matrix} + 2\,H^2O$$

qu'ils ont réussi à préparer se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline, analogue au glycérophosphate, insoluble dans l'eau et l'alcool, mais se dissolvant très facilement dans les acides minéraux et organiques et, en particulier, dans les solutions faibles d'acide citrique. Ce corps est peu toxique et s'élimine très rapidement ; ses propriétés thérapeutiques sont encore à l'étude ; toutefois, d'après M. SPILLMANN, il semble donner de très bons résultats dans la tuberculose. La dose, employée dans ces expériences, est de 0 gr. 01 de ce composé administré en injections sous-cutanées ou en granules. La voie hypodermique sera très vraisemblablement abandonnée, car les injections sont douloureuses en raison de l'acide citrique nécessaire à la dissolution ; l'administration par la bouche ne laisse rien à désirer.

Tels sont les divers médicaments arsénicaux à radical organique ; ils présentent, comme on vient de le voir, l'avantage d'être moins toxiques que les arsénites et les arséniates et celui de s'éliminer facilement de l'organisme.

Nous rappellerons en terminant que les principaux médicaments arsénicaux minéraux généralement employés sont l'acide arsénieux, l'arsénite de potasse, l'arséniate de soude et l'arséniate de fer. Ces différents composés s'absorbent assez facilement, mais ils s'éliminent d'une façon incomplète.

L'*acide arsénieux* s'ordonne en granules (granules de Dioscoride à 1 milligramme) à doses progressives pouvant aller jusqu'à 0 gr. 01 centigr. On le prescrit également en solution ; telle est la *liqueur de Boudin,* dont dix grammes représentent 1 centigramme d'acide arsénieux.

L'*arséniate de soude,* dont la posologie varie de 1 à 10 milligrammes par jour, est prescrit sous forme de solution aqueuse à des titres divers. La *liqueur de Pearson*, souvent employée en Angleterre, est une dissolution d'arséniate de soude dont 20 gouttes renferment 0 gr. 0016 d'arséniate alcalin.

On a quelquefois préconisé l'*arséniate de fer* dans le traitement de la chlorose. Nous n'avons aucune confiance dans ce composé complètement insoluble et dont la valeur thérapeutique ne peut être comparée à celle du cacodylate de fer, par exemple, soluble dans l'eau et par suite facilement assimilable.

Enfin il nous reste à citer la *liqueur de Fowler,* que l'on considère à tort comme une solution d'arsénite de potasse alors qu'elle n'est véritablement qu'un mélange d'acide arsénieux et de carbonate de potasse avec une très petite quantité d'arsénite alcalin. Il serait à souhaiter que la Commission du Codex supprimât de la Pharmacopée ce médicament mal dosé, de composition non définie, pour le remplacer par une solution d'acide arsénieux au 100me et qui serait prescrit aux mêmes doses que la liqueur de Fowler, c'est-à-dire 4 à 15 ou 20 gouttes dans les 24 heures.

Dystocie par gros fœtus (1)

par **Jules Dhotel**, interne des hôpitaux.

Les nouveau-nés du poids de 15 livres ne sont point chose commune dans la pratique médicale. Madame Lachapelle, qui avait mis au monde 4,000 enfants, n'en avait jamais rencontré d'un poids dépassant 13 livres. C'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de rapporter l'observation d'un cas en face duquel je me suis trouvé, d'autant plus qu'il y a eu là une conduite à tenir et des incidents susceptibles de donner matière à discussion.

Remplaçant le docteur Vermersch, de Lille, je fus appelé le 24 avril 1903, à 7 heures du matin, auprès d'une femme en couches. Elle etait en travail, me dit-on, depuis la veille à midi et la sage femme venait de l'abandonner se déclarant incapable de terminer l'accouchement.

Ce qui me frappa à mon arrivée ce fut le volume énorme, monstrueux du ventre de la parturiente et je songeai immédiatement à une grossesse au moins double.

Cette femme, âgée de 33 ans, forte et grande, pesant 107 kilogs, n'avait pas d'antécédents héréditaires et personnels intéressants à signaler. Réglée à 14 ans, elle avait toujours eu une menstruation régulière ; elle avait déjà accouché de trois enfants tous très gros et dont le dernier, encore vivant, pesait à sa naissance (datant de 14 mois) dans les environs de 13 livres. Il fut extrait fort péniblement avec le forceps par le docteur Vermersch, aidé d'un confrère.

Les dernières règles de cette femme dataient du début de juillet.

A l'examen ce qui me frappa d'abord, ai-je dit, ce fut le volume du ventre ; la peau de l'abdomen présentait de nombreuses et larges vergetures, elle était notablement œdématiée dans sa partie inférieure de même que les jambes et la vulve.

Le palper ne me donna que la sensation d'une tumeur occupant tout l'abdomen, très tendue et rénitente ; il était impossible d'y délimiter et même d'y percevoir une partie fœtale. L'auscultation était négative.

Le toucher unidigital me décela un col complètement dilaté à travers lequel bombait une poche des eaux volumineuse et tendue ; derrière elle, rien n'était engagé. Comme la vulve de la parturiente était très large par suite de déchirures anciennes, j'introduisis les quatre doigts, ce qui me permit de sentir très haut une tumeur dure, arrondie, avec une suture, que je diagnostiquai : sommet mobile au dessus du détroit supérieur.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 10 juillet 1903.

J'attendis trois quarts d'heure, puis comme les choses ne se modifiaient en aucune façon, je rompis la poche des eaux, espérant favoriser l'engagement. Un flot de liquide considérable mais que même approximativement je ne saurais évaluer, s écoula, inondant le parquet. J'avais laissé la main dans le vagin pour en modérer la sortie et je sentis alors la tête descendre quelque peu et appuyer sur le détroit supérieur, pendant que le col revenait légèrement sur lui-même.

Appelé auprès d'autres malades, je dus partir à ce moment.

Revenant deux heures après, je trouvai la tête au même niveau ; mais le col refermé ne présentait plus qu'une dilatation de la largeur d'une petite paume de main ; les douleurs étaient devenues rares et, en somme, le travail s'arrêtait. J'étais à ce moment muni d'un stéthoscope qui me révéla un foyer d'auscultation à droite de la ligne médiane au dessous de l'ombilic : du reste j'avais senti la fontanelle postérieure directement du même côté : c'était une droite transverse (O I D T). J'ordonnai des injections chaudes et partis de nouveau.

Vers une heure de l'après-midi je revins et trouvai les choses à peu près dans le même état ; le col était plus largement ouvert, cependant ; je le sentis même complètement dilatable. Je décidai alors de tenter une prudente application de forceps, mais n'ayant ni confrère ni aide je renonçai à anesthésier la femme ; je plaçai mon instrument suivant les diamètres obliques : une cuiller sur une bosse frontale l'autre sur la mastoïde de l'autre côté. Au bout de vingt minutes de tractions soutenues, j'amenai hors de la vulve une tête de très fortes dimensions. A ce moment l'enfant, déjà violet, fit quelques mouvements de succion : il était donc encore vivant.

Je pensais avoir facilement les épaules, mais après leur rotation elles furent arrêtées au détroit inférieur ; et leur extraction fut excessivement pénible, d'autant plus que j'étais déjà très fatigué par les tractions sur le forceps. Je ne réussis au bout d'un bon quart d'heure à engager l'épaule sous la symphyse qu'en pesant sur le cou de tout mon poids ; les efforts faits avec les doigts mis en crochets dans les aisselles ne m'avaient donné aucun résultat. L'épaule antérieure sortie, le reste de l'extraction ne présenta pas de difficultés ; néanmoins j'eus la sensation d'un corps pressant à frottement dur à travers le canal génital pourtant très large comme je l'ai dit plus haut. En effet quelle ne fut pas ma surprise de me trouver en face d'un garçon gigantesque pour un nouveau-né ; il donnait l'impression d'un enfant de quatre à cinq mois et je constatai en le plaçant sur une table que le diamètre bisacromial s'étendait de l'extrémité de mes doigts au 2e pli du poignet, c'est-à-dire mesurait 19 centimètres. Son poids était exactement de 7.450 grammes. Malheureusement cet enfant, fortement cyanosé, était mort ; l'auscultation ne me donna aucun bruit cardiaque et malgré tout ce que je fis (respiration artificielle, flagellation, frictions à l'alcool, etc.), je ne pus ramener chez lui aucun signe de vie.

La délivrance fut faite sans incident 15 minutes après la sortie du fœtus ; le placenta était en rapport avec la grosseur de l'enfant et devait peser entre 800 et 1.000 gr. Le cordon, mesurant 85 centimètres de longueur, était de notable volume.

A part cela les annexes étaient normales et les membranes avaient leur intégrité. Aucune déchirure du périnée.

Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier et la température ne s'éleva jamais au-dessus de 37°2.

J'avais d'ailleurs pu prendre toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie nécessaires en pareil cas.

Cette observation, au point de vue des faits comme au point de vue du traitement, mérite quelques réflexions.

Les causes qu'on invoque généralement dans l'étiologie des gros fœtus, se retrouvent en partie dans mon cas. La mère avait en effet 33 ans : c'est bien l'âge moyen où l'on rencontre les femmes qui accouchent d'enfants de forte taille. C'était son quatrième, et ceci confirme ce fait d'observation que les multipares, surtout les grandes, ont des enfants plus pesants que les primipares et que les fœtus sont d'autant plus gros que la parité est plus élevée.

Les garçons naissent plus gros que les filles, dit-on ; et cette influence du sexe se retrouve ici.

On a encore prétendu que ces gros nouveau-nés étaient les fruits de grossesses prolongées ; or il est à remarquer qu'il s'est écoulé sensiblement plus de neuf mois entre les dernières règles et l'accouchement. Mais ce fait se retrouve dans beaucoup de cas normaux et je ne crois pas pouvoir en tirer de rigoureuses déductions. La taille du père et le repos de la mère pendant la grossesse sont également signalés comme favorisant le gros volume du fœtus ; mais le père, dans le cas qui nous occupe, était un homme de taille moyenne, et la mère avait travaillé jusqu'à la veille de son accouchement.

Enfin l'hérédité morbide et physiologique ne m'a semblé renfermer aucun phénomène auquel on puisse rattacher cette quasi-monstruosité. Nous n'avons particulièrement pas relevé l'un des plus fréquents : la syphilis.

Le diagnostic qui, en pareil cas, doit se faire avec l'hydramnios et la grossesse double, était d'autant plus délicat que l'auscultation et le palper ne donnaient aucun signe positif, et qu'il y avait coexistence de deux anomalies. J'avais en effet conclu à un gros fœtus avec hydramnios d'une part à cause de la tension abdominale et de la quantité de liquide écoulé, d'autre part, parce que le toucher me montrait les fontanelles antérieures et postérieures de dimensions à peu près normales mais très éloignées l'une de l'autre (signe de grosse tête sans hydrocéphalie).

J'avoue d'ailleurs que je ne soupçonnais pas, à beaucoup près, le volume de l'enfant que j'allais extraire, mais je ferai remarquer que ceux qui se trouvèrent en face d'un cas analogue, n'en ont guère fait non plus le diagnostic exact. « De la lecture des observations, dit Dubois dans son excellente thèse sur les gros enfants, il se dégage ce fait que presqu'aucun des auteurs n'a soupçonné au début du travail les difficultés qu'il allait rencontrer. » Et ce, parce qu'ils ne se doutaient pas de la grosseur réelle des fœtus. Je m'appuierai de même sur la statistique, pour prouver qu'au point de vue du sort de l'enfant, mon cas ne fait que rentrer dans la majorité des précédents, puisque dans 31 observations il y a 20 décès, et encore dans cette liste rentrent nombre d'enfants pesant moins de 13 livres.

Les causes de la mort du fœtus sont multiples : les enfants succombent par fracture du crâne, épanchements sanguins dans les méninges ou l'encéphale, respiration prématurée ou compression du cordon. Je crois que notre cas doit rentrer dans cette dernière catégorie. En effet le fœtus est arrivé à la vulve cyanosé, en état d'asphyxie bleue, mais vivant, et il est mort pendant l'extraction trop prolongée des épaules ; au cours de cette manœuvre la compression du cordon et du thorax a dû évidemment entraver la circulation fœtale et je n'hésite pas à rapporter le décès de l'enfant à cet incident ; une fracture du crâne ou une hémorrhagie méningée aurait provoqué une asphyxie blanche.

Il me reste à poser la question de la conduite à tenir en pareil cas et à demander franchement si une autre manière d'agir ne m'aurait pas permis d'amener l'enfant vivant, autrement dit si j'ai fait tout ce qu'il y avait à faire.

Tout d'abord je puis me rendre cette justice, comme tout à l'heure à propos du diagnostic, que ceux qui m'ont devancé en face de semblable dystocie, n'ont pas employé d'autres procédés que moi et n'ont pas fait autre chose que ce que j'ai essayé. Est-ce à dire que rien de nouveau ne doive être tenté ? Telle est la question !

La principale difficulté que j'ai rencontrée — celle qui, à mon avis, a causé la mort de l'enfant — a été l'extraction des épaules ; or j'ai constaté dans les observations citées par Dubois que c'est la plus fréquente qui ait été signalée au cours de l'accouchement des gros fœtus. J'ai bien essayé, ai-je dit, les tractions sur les aisselles à l'aide des doigts repliés en crochet, mais cette tentative préconisée et essayée antérieurement a été vaine et j'ai dû faire à la fin d'énergiques tractions vers le bas, sur le cou, pour dégager l'épaule antérieure.

Je n'ai pas songé, je l'avoue, à la manœuvre imaginée par Varnier. Celle-ci consiste à extraire le bras postérieur, puis comme le bras antérieur est peu accessible, à le transformer en postérieur en faisant tourner le fœtus de 180°, de faire sortir ensuite ce second bras et enfin de tirer sur les deux membres supérieurs amenés ainsi dehors.

Evidemment cette façon d'agir paraît rationnelle, mais elle est toute théorique et n'a pas encore été appliquée que je sache. Etait-elle applicable dans le cas actuel ??

Quoi qu'il en soit, je suis persuadé que si je n'avais pas été seul dans ce pénible accouchement, si j'avais eu un confrère pour m'aider dans l'extraction des épaules, quelqu'en ait été le procédé, nous aurions mis au monde un enfant vivant et qui aurait vécu.



Consultations Médico-Chirurgicales

Adénite tuberculeuse du cou

Professeur L. Dubar et docteur G. Potel.

INFORMATIONS CLINIQUES. — 1° Un enfant de cinq ans, sans antécédents héréditaires bien notables, a fait, il y a deux mois, une fièvre éruptive (rougeole, scarlatine, etc.), qui, dans son évolution, n'a rien présenté de bien particulier. Cependant l'enfant a de la peine à se remettre : il maigrit, il a perdu sa gaieté, son exubérance, il est devenu pâle, chétif. Depuis quelques jours il se plaint de légères douleurs au niveau du cou. On constate en effet, au niveau des régions sous-maxillaire et carotidienne l'existence d'une série de petits ganglions, assez durs. Leur volume est variable, mais dépasse rarement la grosseur d'une noisette. On fait déshabiller l'enfant, et l'on constate la présence des mêmes hypertrophies ganglionnaires dans l'aisselle, au niveau de l'aine, etc. Il s'agit d'un de ces cas de *micropolyadénopathie* décrits par Legroux et Grancher.

2° Une jeune fille de 14 ans, paraissant d'assez bonne constitution, présente depuis quelque temps « une grosseur au cou ». Cette tumeur est nettement développée aux dépens d'un ganglion de la région cervicale (sous-maxillaire ou carotidien) ; elle a le volume d'un œuf de pigeon ; elle est mobile sur les parties profondes et n'adhère pas à la peau. Les téguments ne présentent aucune modification de couleur ni de texture. La tumeur est indolore ; elle n'est pas fluctuante ; elle a évolué depuis plusieurs mois. Il s'agit d'un *ganglion tuberculeux non ramolli.*

3° Un adolescent d'origine nettement scrofuleuse a eu pendant son enfance des manifestations strumeuses multiples, écoulements d'oreilles, blépharite chronique, engelures, etc. L'hiver, avouent les parents, il était très sujet « aux glandes ». Mais ces tuméfactions ganglionnaires disparaissaient l'été. Cependant, depuis un an, quelques-uns de ces ganglions ont grossi de façon anormale, puis la peau est devenue bleuâtre, violacée. Un jour, une ouverture s'est faite spontanément ; et depuis ce temps il s'écoule par l'orifice fistuleux du pus grumeleux. Les souffrances sont minimes, mais le malade est incommodé par cette suppuration interminable, produite par un *ganglion ramolli, communiquant au dehors par une fistule.*

4° Mais ces lésions, d'abord limitées à un ganglion, gagnent peu à peu les autres ganglions. Une réaction inflammatoire unit ces différentes tumeurs entre elles. Puis le même processus de suppuration et de fistulisation s'établit, et on trouve chez le malade d'énormes paquets de ganglions enflammés, adhérents, s'ouvrant au dehors par de nombreuses fistules intarissables. Il y *polyadénite et périadénite.* L'inflammation n'est plus limitée au ganglion, elle a gagné les tissus voisins.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'adénopathie cervicale, l'écrouelle, qui a été si longtemps comme l'accident fondamental de la scrofule, est de nature tuberculeuse. L'adénite est due à une infection par le bacille de Koch. Cette variété d'infection est extrêmement fréquente, à tel point que certains auteurs ont pu dire que la grande majorité des enfants en souffraient à un moment donné de leur existence, particulièrement lorsqu'une cause quelconque (fièvre éruptive, etc.) affaiblissait leur état général et leur degré de résistance.

Mais si l'infection ganglionnaire tuberculeuse est fréquente, son pronostic est assez bénin et le plus souvent elle guérit, à condition de modifier l'état général. Le traitement général, ou médical si l'on veut, joue dans la thérapeutique de l'adénopathie bacillaire le rôle primordial, et ceci, quelle que soit la forme clinique que revête l'invasion tuberculeuse. Dans les formes généralisées, le traitement général constitue même l'unique thérapeutique, et pourvu que l'organisme ne soit pas tombé dans un état trop profond de déchéance, pourvu que les tares héréditaires ne soient point trop marquées, il suffit presque toujours à amener sinon la guérison complète, du moins une régression considérable de la maladie. Dans les formes localisées, dites chirurgicales, le traitement général est encore l'élément essentiel du succès. En effet, tout n'est pas fini quand on a enlevé un ganglion malade, si l'individu reste tuberculeux ou tuberculisable, et une prompte récidive, dans un autre groupe ganglionnaire viendra rapidement tout remettre en question. On peut donc admettre cette première règle, c'est que le **traitement général doit constituer le commencement et la fin de toute thérapeutique de l'adénopathie cervicale tuberculeuse**.

Le traitement chirurgical s'adresse surtout aux formes localisées de l'infection bacillaire. Il doit répondre à trois fins : 1° débarrasser l'économie d'un foyer d'infection : 2° délivrer le malade d'une suppuration interminable ; 3° éviter le plus possible la trace de toute intervention.

1° Quand le traitement médical a donné tout ce qu'on peut en attendre, s'il persiste une tumeur limitée unique que plus rien n'influence, il ne faut pas hésiter à débarrasser l'économie d'un foyer d'infection d'autant plus dangereux que l'état des lésions empêche d'espérer leur guérison complète.

2° L'intervention est encore plus nécessaire dans les adénites suppurées infectées, où une coque ganglion-

naire élimine interminablement au dehors le produit d'une lente caséification.

3° Mais ces interventions doivent laisser le minimum de traces possible. On sait combien restent visibles au niveau du cou les traces des « écrouelles » et la cicatrice des incisions, et l'on sait aussi quelle réputation elles laissent dans le public. Passé encore pour le jeune homme qui aura plus tard la ressource de laisser pousser sa barbe, mais la question est de première importance pour la jeune fille, et une cicatrice marquant visiblement et de façon indélébile la tare scrofuleuse peut suffire à gâter l'existence de ces malheureuses. Aussi le chirurgien devra-t-il faire ses efforts pour pratiquer non seulement une thérapeutique active et efficace, mais encore une thérapeutique esthétique.

TRAITEMENT. — Commun à tous les cas d'adénite tuberculeuse du cou, c'est le traitement général ; particulier à certains cas, c'est le traitement chirurgical.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — L'un des meilleurs moyens de modifier l'état général des petits malades consiste à les envoyer au bord de la mer. L'**air marin** a souvent sur l'adénopathie bacillaire une action véritablement merveilleuse. Mais cette action doit être prolongée pendant plusieurs mois et renouvelée plusieurs années consécutives. On devra cependant **se garder d'envoyer à la mer des malades fébriles**, en imminence de granulie ou de tuberculose pulmonaire, car les lésions, loin de rétrocéder, prendraient au contraire une marche beaucoup plus rapide.

Dans les cas nombreux où des raisons diverses — la situation pécuniaire, par exemple,— empêchent le séjour à la mer, obtenez que le régime hygiénique suivant soit appliqué sans défaillance : obtenez la **cessation des études** ou du moins du séjour dans des classes à l'air confiné. Imposez la vie au **grand air** : l'enfant ne doit rentrer chez lui que pour manger et dormir. Recommandez surtout une **alimentation copieuse**, substantielle. **Insistez sur les aliments gras**, les sardines, le beurre et surtout sur les œufs, que l'on incorporera de façon variée dans l'alimentation. Faites pratiquer, chaque matin, une **friction** vigoureuse sur tout le corps à l'eau de Cologne et de temps en temps, deux ou trois fois par semaine, au gant de crin.

Tous les deux jours, on donnera un **bain salin** (gros sel gris, sel de Sierck, eaux mères, etc.) à la température de 30 à 35°, d'une durée maxima de dix minutes, suivi d'une friction sur tout le corps et d'un repos d'une demi-heure.

Enfin, l'hiver, l'enfant prendra de **l'huile de foie de morue**, autant que son estomac pourra en supporter. On donnera ce médicament de préférence après les repas, il est ainsi plus facilement digéré et ne produit pas d'inappétence. Si l'huile n'est pas supportée, on la remplacera par les émulsions d'huile et de phosphate de diverses marques que l'on trouve dans le commerce. On donnera l'huile de foie de morue d'octobre à mai. L'été, ce médicament occasionne facilement des troubles digestifs ; aussi le remplacera-t-on par des préparations à base d'**iode** et de **tannin** (vins iodo-tanniques, etc.) Une bonne préparation consiste à administrer le tannin sous forme de brou de noix.

Ce traitement général sera suivi longtemps, plusieurs années même, après la disparition de toute adénopathie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Rappelons une fois de plus qu'on n'interviendra sur les ganglions tuberculeux du cou qu'après avoir constaté l'insuffisance du traitement général prolongé.

Diverses éventualités peuvent se présenter.

I. Monoadénite non suppurée. — Il existe le long du sterno-cléido mastoïdien. une tuméfaction, grosse comme un œuf de pigeon, mobile, sans adhérence à la peau, sans fluctuations. Tentez dans ce cas les injections interstitielles de naphtol camphré, ou d'éther iodoformé. Si, malgré des injections répétées, la tuméfaction ganglionnaire ne se modifie pas, il faudra avoir recours plus tard à l'extirpation.

Technique de l'injection interstitielle de naphtol camphré ou d'éther iodoformé. — Nettoyez bien aseptiquement la région ; ayez une seringue de Pravaz chargée de naphtol camphré, et munie d'une aiguille en platine iridié, que vous pouvez passer au feu. De la main gauche fixez le ganglion, et soulevez-le. Injectez dans le parenchyme ganglionnaire quelques gouttes du liquide modificateur. Retirez votre seringue et oblitérez la petite plaie à l'aide d'un peu de collodion iodoformé.

Ces injections sont faciles à pratiquer et ne laissent pas de cicatrices. Elles peuvent amener des résolutions très nettes.

Inconvénients. — Elles ont cependant quelques inconvénients qu'il faut connaître, ce sont : la douleur qui empêche souvent le malade de continuer ces injections, la lenteur du procédé qui nécessite plusieurs mois de traitement, sa difficulté dans les régions profondes au voisinage des gros vaisseaux, et, dans quelques cas, le sphacèle de la peau par l'éther qui s'échappe dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Technique de l'extirpation. — Lorsque vous croirez devoir proposer l'extirpation, rappelez-vous qu'il s'agit d'une intervention souvent difficile, toujours délicate. En effet, les ganglions du cou sont tous sous-aponévrotiques et par conséquent beaucoup plus profonds qu'ils ne paraissent au premier abord. Ils entourent et très

souvent adhèrent intimement à la carotide et aux jugulaires, et les ganglions qui font saillie sous la peau ne sont souvent que l'avant-garde d'une série de ganglions plus profonds.

Ne vous décidez donc à l'intervention qu'à bon escient, si le mal vous paraît suffisamment limité pour que votre opération puisse l'extirper en totalité et si les adhérences profondes ne vous semblent pas aggraver le pronostic opératoire.

Faites une incision suffisante pour y voir clair, mais **soyez ménager de la peau du malade**. Le temps délicat consiste dans la libération profonde du ganglion qui adhère aux gros vaisseaux. Agissez prudemment et **ne vous servez que d'instruments mousses**. Le ganglion enlevé, si la peau est intacte, faites une suture dermo-dermique qui donnera le minimum de cicatrices.

II. Adénite suppurée. — Il convient de distinguer, suivant que l'adénite suppurée est ouverte ou ne s'est pas encore ouverte.

A. ADÉNITE SUPPURÉE FERMÉE. — Le ganglion est ramolli, caséifié : la peau est adhérente mais pas encore trop amincie.

a) Ayez d'abord recours aux **injections d'éther iodoformé**. A l'aide d'une seringue de Pravaz, aspirez et videz le pus contenu dans le ganglion. Injectez alors un peu d'éther iodoformé dans la poche. Vous verrez celle-ci augmenter rapidement de volume, distendue par les vapeurs d'éther, la peau devient blanche.

Il est nécessaire d'évacuer au dehors ces vapeurs d'éther, car la peau se sphacèlerait rapidement.

Cette petite opération sera répétée un certain nombre de fois et, dans quelques cas heureux, on arrivera à guérir ces adénites suppurées, sans cicatrice apparente.

b) Mais souvent il arrive que les magmas de caséum ne peuvent sortir et s'éliminer par le très petit orifice de la seringue de Pravaz ; les lésions tuberculeuses continuent à évoluer ; la peau s'amincit.

Abandonnez les ponctions, faites délibérément une **incision** d'un demi-centimètre, pas davantage. Pressez et videz le ganglion. **Placez un drain** à demeure de façon à bien laisser vider la poche. Injectez un peu d'éther iodoformé ou de naphtol camphré, et **placez un pansement**, bien fait et bien exclusif, pour éviter l'infection secondaire.

B. ADÉNITE SUPPURÉE FISTULEUSE AVEC PÉRIADÉNITE. — Le ganglion ramolli s'est ouvert à l'intérieur, puis infecté secondairement. Il existe une masse dure enflammée, fixée sur les parties profondes et s'ouvrant au dehors par plusieurs cratères. De ces orifices sort une suppuration séro-caséeuse pendant des semaines et des mois.

α) *Cas ordinaires.* — Les injections seules ont peu d'action sur ces foyers, le liquide n'arrive que sur les tissus déjà mortifiés et l'infection continue derrière ce rempart de caséum.

Introduisez par l'orifice une curette de Volkmann, et procédez au **curettage** du ganglion, de façon à ne laisser que sa coque conjonctive. Puis avec un tampon de gaze monté sur une pince et imbibé de naphtol camphré **brossez l'intérieur du ganglion** ; régularisez l'ouverture, enlevez les bourgeons charnus, les bords ulcérés, livides. **Répétez la même intervention sur chaque ganglion suppuré**, et faites un pansement iodoformé soigneux. Vous arriverez souvent ainsi à tarir ces suppurations.

β) *Cas rebelles.* — Pour les cas rebelles, vous pouvez songer à l'**extirpation complète du paquet ganglionnaire**. Mais ne cachez pas au malade qu'**il s'agit là d'une intervention sérieuse**, surtout quand la périadénite a fondu pour ainsi dire en une seule masse les ganglions et les gros vaisseaux du cou.

γ) *Récidives.* — Enfin, quelle que soit l'intervention que vous pratiquiez, si favorables que puissent être les résultats obtenus, n'oubliez pas de recommander au malade la nécessité d'**observer et de suivre le traitement général pendant plusieurs années**, après la disparition de tout signe morbide. Ce sera le seul moyen d'éviter les récidives.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Procès peu banal

Un procès peu banal est en train de se plaider à Amsterdam.

Sur les conseils de son médecin, un habitant de cette ville confia à un établissement de couveuses pour enfants son fils, venu prématurément au monde. Quelques temps après, la direction de l'établissement informa les parents que l'enfant avait atteint le développement nécessaire. Mais quel ne fut pas l'étonnement de la mère, lorsqu'on lui présenta, au lieu de son fils, une charmante petite fille ! Il va sans dire qu'elle refusa de prendre l'enfant. D'où le procès.

L'établissement soutient que les parents se trompent en croyant lui avoir confié un garçon... et le père réclame une indemnité de 5.000 francs pour la perte de son fils, qui avait été baptisé sous les noms de François-Gérard.

(*Gaz. médicale belge*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réunion annuelle de l'Association de prévoyance et de Secours mutuels des médecins du département du Nord.

Le dimanche 26 juillet a eu lieu, au Cateau, l'Assemblée annuelle de l'Association de Prévoyance et de Secours

mutuels des médecins du département du Nord, sous la présidence de M. le Docteur Olivier.

Notre aimable Confrère le Docteur Rossigneux avait bien voulu mettre ses appartements à la disposition de l'Association.

Après le vote sur l'admission des membres nouveaux au nombre de 18, dont trois dames, Mes Noquet, Canonne et Béninson, et la lecture des lettres et télégrammes d'excuse, le Président a donné lecture de son discours, et remercié les nombreux souscripteurs de la fête de son cinquantenaire.

M. Surmont, secrétaire-général, a lu ensuite son rapport sur les travaux de l'année. Nous en extrayons les passages qui nous paraissent d'intérêt général. Après avoir fait voter à la Commission (de l'A. G.), et à son Conseil judiciaire, des félicitations et des remercîments pour la façon dont ils ont défendu les intérêts de l'Association dans l'affaire de la Caisse des dépôts et consignations, M. Surmont continue en ces termes :

« Parmi les questions qui ont été étudiées à l'Assemblée générale, tenue à Paris le 20 avril dernier, il en est quelques-unes qui ont été renvoyées à l'examen des sociétés locales : c'est de celles-là seules que je vous entretiendrai maintenant.

« La première a été soulevée par un vœu de la Société de la Haute-Garonne, demandant « que les médecins qui occupent les fonctions que l'application de la loi Roussel confie au corps médical ne puissent être révoqués par l'administration que pour des fautes graves d'ordre professionnel ». Ce qui revient à demander que des considérations d'un autre ordre, par exemple politiques ou administratives, ne puissent pas intervenir, intervention qui n'est pas rare ; il suffit de parcourir les quatre numéros parus du *Bulletin*, pour en trouver plusieurs exemples. Ce vœu mérite d'être étudié de près, car il ne s'agit de rien moins que de l'indépendance du corps médical vis-à-vis des autorités administratives. Aussi, l'assemblée générale a-t-elle prié les Sociétés locales de chercher par quel procédé on pourrait avoir un texte de loi qui fixe les relations des médecins avec l'Administration ». Cette question, Messieurs, est très complexe et le Bureau sollicite votre avis non avec l'espoir que vous la résoudrez immédiatement, mais dans l'intention de retirer de la discussion des indications qui pourront servir pour un travail ultérieur.

« Ce vœu intéresse déjà, à l'heure actuelle, un grand nombre de confrères, mais ceux qui occupent des situations administratives deviendront de jour en jour plus nombreux par suite des progrès incessants de la médecine et de l'hygiène sociale. Il est évident que le bien public exige que les médecins qui occupent des postes aussi importants au point de vue social ne puissent être révoqués, que s'ils ont mal répondu à la confiance placée en eux, mais il ne faut pas se dissimuler qu'il sera aussi difficile et aussi long de faire accepter l'indépendance du service médical dans les diverses administrations civiles, qu'il a été difficile et long de faire accorder au service médical de l'armée son autonomie si insuffisante encore. Pour notre part, nous ne voyons guère à recommander, comme moyens de réussir dans cette voie, que les suivants : 1° créer un courant d'opinion dans la presse médicale et les associations professionnelles, et même dans la grande presse, en faisant autour de chacun des abus de pouvoir le bruit nécessaire, en émettant des vœux à transmettre aux pouvoirs publics, etc. ; 2° tâcher d'intéresser à la question nos collègues membres du parlement ou des assemblées politiques ; 3° enfin et surtout, à notre avis, réclamer, jusqu'à satisfaction obtenue, par les mêmes voies et moyens, la création d'un ministère ou d'une direction de la santé publique, où serait centralisés entre des mains compétentes, tous les services civils médicaux ainsi rendus autonomes, et où les médecins auraient des chances d'être jugés et dirigés par d'autres médecins, ce qui serait le vrai moyen de baser l'appréciation des services rendus sur des considérations d'ordre uniquement professionnel.

« Une deuxième question se rapporte à la fois à un vœu émis par la Société centrale et à la date habituelle, tant de notre réunion annuelle que de la réunion annuelle de l'Assemblée générale. Le vœu de la Société centrale était d'ajouter au paragraphe 6 de l'article 10 des statuts de l'Association générale le texte suivant : « Toutefois, l'Assemblée générale ne peut émettre un vote que sur les questions préalablement soumises à l'examen des Sociétés locales. » Ce vœu a été rejeté comme pouvant avoir dans sa rigidité et même après l'adjonction proposée des mots « ou tout au moins de leurs bureaux, sauf urgence reconnue absolue par l'Assemblée générale elle-même », l'inconvénient de lier les mains de l'Assemblée, par une modification des statuts ou même du règlement intérieur, dans les cas graves où il s'agit de prendre des décisions rapides, comme il a été nécessaire, cette année, dans l'affaire de la Caisse des dépôts et consignations. Il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle, et c'est là, à mon avis, ce qui justifie le vœu de la Société centrale, le fonctionnement normal de l'Association est en partie faussé par ce fait que la réunion générale annuelle de l'Association générale ayant lieu au début de la bonne saison, à l'ordinaire le dimanche de Quasimodo, les assemblées générales des Associations locales ne peuvent avoir lieu que plus tard, à cause de la difficulté matérielle qu'il y a pour les médecins de province, sauf dans les grandes villes, à s'absenter l'hiver. Il en résulte que les Associations locales se bornent souvent à entendre de leurs délégués le récit de ce qu'ils ont fait à l'Assemblée générale de l'Association centrale, au lieu de pouvoir

discuter avec eux les questions qui y seront mises à l'ordre du jour, et de les envoyer à Paris, sinon avec un mandat impératif, au moins connaissant l'opinion de leurs mandats sur les questions à l'ordre du jour. Ainsi, l'Association centrale, au lieu d'être le centre qui reçoit et coordonne, avant de les réfléchir, les excitations parties de la périphérie, devient le cerveau qui met directement en mouvement tout l'organisme. Il nous semble qu'il y aurait lieu, pour régulariser les choses : 1) de reporter au plus tôt au deuxième dimanche de mai la date de la réunion de l'Assemblée générale à Paris, le recul au deuxième dimanche après Pâques, voté pour l'année prochaine, étant tout à fait insuffisant; 2) de décider que, sauf urgence absolue jugée par le bureau de l'Association générale, on ne portera à l'ordre du jour de l'Assemblée générale que les questions et vœux arrivés à sa connaissance avant le 1er avril. Ces mesures permettraient aux membres du Bureau de l'A. G. d'établir leurs rapports en avril et de les faire parvenir aux Sociétés locales en temps utile pour leur permettre de se réunir au début de mai et d'étudier, de concert avec leurs délégués, les questions à l'ordre du jour. Il semble qu'au premier dimanche de mai la saison soit suffisamment belle pour permettre la réunion de l'Assemblée générale annuelle dans tous les départements. Nous vous demanderons tout à l'heure de nous donner votre opinion sur ce point.

« *Troisième question.* — M. Millet-Lacombe (de la Dordogne) a fait remarquer que les spécialités sont délivrées sans ordonnance et émis le vœu qu'on ne puisse le faire à l'avenir. Je ne doute pas, messieurs, que vous n'appuyiez ce vœu de votre vote. Il est urgent de le faire au moment où est en discussion devant le Parlement la loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie. Il est inadmissible qu'au point de vue de la santé publique le pharmacien puisse délivrer à ses clients sous forme de spécialités des produits que, non spécialisés, il ne peut donner.

« *Quatrième question.* — En vue d'établir une table de la mortalité médicale, pour donner une base solide aux calculs sur lesquels est établi le taux des cotisations demandées aux adhérents de la Caisse des retraites du corps médical français, il sera adressé au cours de cette année un Questionnaire médical modèle aux Sociétés locales; nous prions nos confrères de vouloir bien, quand le moment sera venu, nous aider à remplir le Questionnaire de la façon la plus exacte, car il y va d'une question qui est d'un gros intérêt pour beaucoup de nos confrères. »

Les vœux proposés par le Rapporteur sur les première, deuxième et troisième questions ont été adoptés à l'unanimité, après discussion. Pour la deuxième question, il a été voté, après diverses observations, que, pour permettre aux Assemblées provinciales de se réunir pendant la bonne saison, on demanderait à l'Assemblée générale annuelle de se réunir en octobre, quitte à voter à la prochaine réunion les pensions et allocations pour deux ans. Subsidiairement, si la première motion est repoussée, on émettra le vœu que, conformément aux conclusions du rapport, l'Assemblée générale ait lieu en mai.

M. Richard-Lesay propose qu'on étudie les moyens de combattre l'exercice illégal sous forme d'annonces médico-pharmaceutiques. La question est renvoyée à l'étude d'une Commission, composée de MM. Folet, Noquet et Richard-Lesay, qui présentera à l'Assemblée de l'an prochain le résultat de ses travaux.

Après l'exposé de la situation financière par M. Looten, trésorier, qui nous montre notre avoir total passé, à l'heure actuelle, à la somme de 48.109 fr. 84, M. Noquet, vice-président, donne lecture de son Rapport sur l'admission des femmes des sociétaires dans l'Association, rapport dont les conclusions sont adoptées.

Puis, les secours votés, chacun se hâte vers la salle du banquet, où attendait un repas délicat, où se révélait l'intervention d'une maîtresse de maison consommée. Inutile d'ajouter que chacun y fit honneur. Malgré l'absence d'un certain nombre d'adhérents, retenus au dernier moment par suite du mauvais temps et d'un retard survenu dans la remise des permis de circuler, le repas fut très animé. Après les toasts du Président Olivier et du Vice-Président Noquet, on se sépara à regret, après que chacun eut de nouveau exprimé au Docteur et à Madame Rossigneux ses remercîments pour l'exquise amabilité avec laquelle ils avaient mis leur *home* à la disposition des membres de l'Association.

La réunion de l'an prochain aura lieu à Avesnes le premier dimanche de juillet. H. S.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Nous recevons, de M. Pierre Wibaux, copie d'une lettre qu'il adresse à M. Delory, maire de Lille, lettre dont nous recommandons vivement la lecture à nos lecteurs. Originaire de Roubaix, M. Wibaux est le seul de ce groupe de hardis Français que le marquis de Morès avait entraînés avec lui à la conquête du Far-West, qui ait eu le courage de persévérer; il devint le plus riche éleveur de toute l'Amérique du Nord, et compte aujourd'hui parmi les multimillionnaires américains. La proposition généreuse qu'en pratique Américain, resté dévoué à son pays d'origine, M. Wibaux fait aux autorités municipales de Lille, Roubaix et Tourcoing, répond trop à une préoccupation dont les colonnes de l'*Echo médical du Nord* portent annuellement les traces, pour que nous ne nous fassions pas un devoir d'insérer la lettre et d'assurer M. Wibaux que notre sympathie lui est d'ores et déjà acquise. Dr F. C.

Monsieur le Maire,

Lors de mon séjour aux Etats-Unis, il y a quelques mois, mon attention fut vivement attirée sur la campagne menée par le journal *Le Matin* au sujet de la mortalité infantile de nos populeuses cités ouvrières du Nord.

La mauvaise qualité du lait distribué aux enfants, et les soins peu éclairés dont ils sont entourés, amènent de terribles ravages qui contribuent dans une large mesure à la dépopulation de la France. Des statistiques que j'ai parcourues à ce sujet sont navrantes, et doivent soulever de pitié et d'indignation le cœur de tout bon Français.

Sous l'impression de ces sentiments j'écrivis à M. Mérou, consul de France à Chicago, dont je suis l'Administré. Par son entremise, je suggérais, outre le développement du système des crèches, l'établissement, dans les environs de nos centres populeux, de fermes modèles, d'où le lait pourrait être distribué sous un contrôle éclairé, et dans les meilleures conditions aux familles nécessiteuses,

Des fermes semblables fonctionnent, m'a-t-on dit, en Allemagne.

Pour l'application de cette expérience, dont j'espère d'excellents résultats, j'offrais une somme de cinquante mille francs, à la condition que ladite somme, complétée par d'autres donations publiques ou privées, fût consacrée à un essai loyal dans la région du Nord, à laquelle je demeure attaché.

A cette proposition, je n'ai reçu aucune réponse officielle.

Mais sachant l'intérêt que l'Administration Municipale de Lille porte à cette question, et la campagne menée à Lille pour améliorer les conditions d'hygiène et d'alimentation des enfants en bas-âge, je ne doute pas que vous réserverez bon accueil à mes projets.

Toutefois, si de telles œuvres constituent pour les Municipalités une charge sociale, elles doivent trouver également un généreux concours dans la bienfaisance privée.

Je serai heureux de prendre l'initiative de ce mouvement, et je vous offre à cet effet, Monsieur le Maire, pour la ville de Lille, la somme de vingt-cinq mille francs.

J'espère que cette souscription sera suivie de beaucoup d'autres. — Les grands industriels de votre région auront sûrement à cœur d'affirmer, en s'intéressant à cette œuvre, leurs sympathies pour leurs collaborateurs moins fortunés.

Avec la satisfaction d'un noble devoir spontanément accompli, les souscripteurs auront conscience de contribuer à une œuvre essentiellement patriotique et sociale.

J'envoie par ce même courrier, à Messieurs les Maires de Tourcoing et de Roubaix, une proposition identique à celle que j'ai l'honneur de vous adresser.

J'espère qu'il en résultera une généreuse émulation entre les trois cités. Je laisse aux administrateurs de chaque ville le soin d'utiliser ces sommes, de recueillir les souscriptions, en un mot de choisir les voies et moyens les plus propres à assurer le succès de cette œuvre.

Toutefois ce succès dépendant en grande partie de la générosité et de l'initiative privées, je prends la liberté pour les stimuler de donner à la presse locale communication de la présente lettre.

Je considère ces institutions, que je voudrais voir partout répandues, comme d'un ordre essentiellement social et philanthropique.

Vous apprécierez comme moi, j'en suis sûr, qu'il n'y a place ici pour aucune distinction politique ou religieuse.

La charité est un terrain neutre sur lequel tous les hommes de devoir aux idées réellement larges et généreuses peuvent se tendre la main sans arrière-pensée.

Si, par mon initiative, je puis faire quelque bien, j'en serais d'autant mieux récompensé que je désire donner à mon pays natal une preuve de mon affection, et en même temps au gouvernement de la République, un témoignage de reconnaisssance pour la distinction par laquelle il a bien voulu reconnaître mes faibles efforts en vue de développer les intérêts et l'influence française dans cette autre grande République des Etats-Unis.

J'espère que vous voudrez bien, Monsieur le Maire, agréer ma proposition.

Devant retourner pour de longs mois aux Etats-Unis, je charge mon frère Joseph Wibaux, de la maison Wibaux-Florin, de me représenter en tout ce qui concerne l'exécution de mes engagements.

Je serai heureux d'apprendre que l'œuvre à laquelle je m'intéresse vivement est entrée en voie d'exécution.

Dans cet espoir, je vous prie de recevoir, Monsieur le Maire, l'expression de mes sentiments de haute estime.

Pierre Wibaux.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Nous apprenons avec plaisir que le docteur Chocreaux, un de nos anciens élèves, vient d'être nommé directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de la Charité-sur-Loire (Nièvre).

— Par arrêté ministériel en date du 28 courant, ont été prorogés pour un an dans leurs fonctions : MM. les professeurs agrégés Ausset, de chargé du cours de thérapeutique ; Oui, de chargé d'un cours complémentaire d'accouchements ; Verdun, de chargé du cours de parasitologie, en suppléance de M. le professeur Barrois ; Carrière, de chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des enfants et de syphilis infantile ; Gaudier, de chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des enfants ; Lambret, de chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire ; Bédart, de chef des travaux de physiologie ; Gérard (Georges), de chef des travaux anatomiques ; Vallée, de chef des travaux de pharmacie ; Deléarde, de chef du laboratoire des cliniques ; MM. les docteurs Fockeu, comme chef des travaux d'histoire naturelle et chargé du cours de botanique ; Louis, chef des travaux de chimie minérale ; MM. Demeure, chef des travaux de physique ; Donzé, chef des travaux de chimie organique.

— La **subvention Philippart**, de la valeur de 1.200 francs, a été attribuée pour 1903, par l'Assemblée de la Faculté, à M. Debeyre, préparateur d'histologie à la Faculté, interne des hôpitaux de Lille.

— Dix **places d'agrégés** sont prévues pour les Ecoles de pharmacie au prochain concours fixé au 14 février prochain.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Sont nommés *Officier* : M. le docteur Girard, médecin principal de l'armée ; *Chevalier* : M. le docteur Mignot, de Paris.

HOPITAUX & HOSPICES

Paris. — Le Concours pour six places de médecins des

hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Josué, Carnot, Laffitte, Sergent, Brouardel, Sicard.

Nantes. — M. le docteur Léquyer a été, après concours, nommé médecin suppléant des hôpitaux.

Notre Carnet

Le docteur Louis Vienne, de Bouchain (Nord), nous fait part de la naissance de son fils Louis. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Vacher, de Treignac (Corrèze), ancien député ; Gérard, de Demagny (Saône-et-Loire) ; Le Bèle, du Mans (Sarthe) ; Aubé, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse ; Weber, médecin-inspecteur de l'armée de réserve, de Paris ; Hannequin, de Bagnoles-de-l'Orne ; Nocard, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort ; Ladreit de Lacharrière, de Paris.

OUVRAGES REÇUS

— **Hemisection traumatique de la moelle épinière, syndrôme de Brown-Séquard**, par le docteur Peugniez, d'Amiens, Extrait du XV[e] *Congrès français de chirurgie*, 1902.

— **De certaines modifications de la nutrition sous l'influence du régime carné exclusif**, par le docteur E. Dufourt, de Vichy, C. Naud, Paris, 1902.

— **Quelques recherches sur l'absorption cutanée**, par le docteur Gallard, Extrait des *C.-R. de l'Académie de médecine*, 1903.

— **La thérapie hydrominérale et les stations balnéaires de la Belgique**, par le docteur J. Félix, A. Manceaux, Bruxelles, 1903.

— **Des altitudes en médecine**, par le docteur Marcellin Cazaux, Paris, Naud, 1903.

— **Leçon d'ouverture du cours d'hygiène, à la Faculté de médecine de Montpellier**, par le professeur H. Bertin-Sans ; extrait du *Montpellier médical*, 1903.

— **Technique et indications des médications usuelles**, par le professeur Lemoine, Paris, Vigot frères, 1903.

— **Traité des urines, analyse des urines considérée comme un des éléments du diagnostic**, par le professeur E. Gérard, Paris, Vigot, 1903.

— **Plan d'expériences pour l'application du procédé biologique à l'épuration des eaux résiduaires de sucreries, résultats actuellement connus**, par le docteur A. Calmette, Lille, Danel, 1903.

— **Sur la valeur désinfectante de l'acide sulfureux et sur l'emploi de ce gaz dans la désinfection publique**, par le docteur Calmette et M. Rolants ; extrait de la *Revue d'Hygiène*, 1903.

— **L'alimentation lactée chez le nouveau-né**, par le docteur L. Butte, Paris, de Rudeval, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30[e] et 31[e] Semaines, du 11 au 25 Juillet 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	6
3 mois à un an	15	9
1 an à 2 ans	8	5
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	1	2
10 à 20 ans	1	1
20 à 40 ans	13	12
40 à 60 ans	12	10
60 à 80 ans	12	16
80 ans et au-dessus	3	3
Total	79	67

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	14	17	24	34	17	20	17	12	40	5	10	210
TOTAL des DÉCÈS	12	16	25	25	9	22	3	9	18	2	5	146
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	3	6	7	6	3	4	»	»	3	»	3	35
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	2	»	»	1	»	»	4
Accident	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2
Autres tuberculoses	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	3
Phtisie pulmonaire	1	6	1	2	2	6	1	3	4	»	»	26
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	3	»	12	7	»	1	»	»	4	2	2	31
Maladies organiques du cœur	2	1	1	1	2	1	»	1	»	»	»	9
Bronchite et pneumonie	»	1	1	4	1	1	2	2	1	»	»	13
Apoplexie cérébrale	1	1	1	»	»	1	»	1	3	»	»	8
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	1	4	»	1	»	1	1	»	»	9
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 344. Septième Année. N° 33 Le Numéro : **10** centimes 16 Août 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches du docteur J. PARISE sur l'Infection purulente et sur son traitement

INTRODUCTION

Ce travail, que M. Parise devait communiquer à l'Académie de médecine il y a une trentaine d'années, bien qu'il ne comportât plus que quelques corrections de détail, est resté inédit, en raison des nombreuses occupations de son auteur, puis de son souci d'étayer ses idées sur des preuves toujours plus convaincantes et des faits plus nombreux, et, enfin, de l'état précaire de sa santé dans les dernières années de sa vie.

Je l'ai trouvé dans ses papiers, entièrement écrit de sa main, et ce n'est pas sans émotion que j'ai lu ces pages, qui résument toute une existence de recherches patiemment poursuivies, d'efforts constants pour arriver à triompher d'une affection qui fut si longtemps la terreur et le désespoir des chirurgiens.

Pour apprécier à leur juste valeur les faits qui y sont relatés, il faut se reporter à trente ou quarante ans en arrière, revivre dans les observations d'alors les désastres journaliers qui suivaient les interventions opératoires. A certains moments, la moindre effraction vasculaire était fatalement suivie d'infection et de mort. D'explications satisfaisantes, de pathogénie certaine, de traitement efficace de ces accidents néfastes, il n'y en avait pas. Tout n'était qu'incertitude et obscurité.

Les chirurgiens, s'inclinant devant le fait brutal, se contentaient d'incriminer quelque vague génie épidémique et s'abstenaient d'opérer.

Parise fut un de ceux qui réagirent avec le plus d'énergie contre ce fatalisme. Par des recherches minutieuses et précises, il s'attacha pendant plus de trente ans à la solution du problème de la pathogénie de l'infection purulente. Elles le conduisirent à des idées pathogéniques personnelles, que nous savons aujourd'hui voisines de la vérité, quoiqu'incomplètes, et à un traitement de la redoutable affection, qui lui a donné des succès.

Mon collègue, le professeur Folet, qui, ainsi que moi, connut ses travaux et participa à ses efforts, n'hésite pas à le proclamer un précurseur de l'antisepsie moderne (1). C'est un titre que ne sauraient lui dénier ceux qui liront son mémoire, comme tous ceux, amis et élèves, qu'il entretint si souvent de son idée favorite et obsédante, soit dans des conversations particulières, soit à la Société de médecine, soit dans ses leçons ou ses visites à l'hôpital Saint-Sauveur.

L. DUBAR.

(1) La révolution de la chirurgie, par H. FOLET, mémoire lu à la *Société des Sciences de Lille*, 1886.

Recherches sur la phlébite traumatique à distance, sur le mécanisme de la pyohémie et sur son traitement

par M. le docteur J. **Parise**,
professeur à l'École de Médecine de Lille.

Les accidents fébriles des plaies accidentelles ou opératoires ont préoccupé les chirurgiens de tous les temps. C'est une vaste question qui touche aux problèmes les plus élevés de la pathogénie générale et dont la solution intéresse au plus haut degré la pratique chirurgicale.

L'Académie en a fait souvent l'objet de ses études. Je n'ai pas à rappeler ici et moins encore à apprécier les mémorables discussions qui, naguère encore, ont eu lieu dans son sein, non plus que les orateurs éminents qui les ont soutenues. Mon but est plus modeste : je n'embrasse pas la question dans son ensemble, je ne veux en aborder qu'une partie bien limitée ; la pyohémie ou infection purulente et vous exposer le résumé de recherches que je poursuis depuis le mois de novembre 1852, époque où j'ai été chargé de la clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Lille.

Les complications fébriles aiguës des plaies forment un groupe morbide dont les espèces et variétés sont nombreuses et encore indéterminées. Voici les plus importantes :

1° La fièvre traumatique ; 2° l'érysipèle ; 3° la lymphangite ; 4° le phlegmon diffus ; 5° la pourriture d'hôpital ; 6° la septicémie aiguë ; 7° la septicémie diphtéritique ; 8° la septicémie sudorale ; 9° la gangrène aiguë envahissante ou gangrène gazeuse ; 10° la pyohémie ou infection purulente.

Toutes ces espèces morbides ont entre elles une grande parenté, toutes semblent accuser une altération du sang, une septicémie, mais une septicémie particulière à chacune d'elles. Elles peuvent quelquefois se réunir sur le même sujet, se compliquer mutuellement ; mais on les observe le plus souvent à l'état de simplicité. Ce sont les cas simples et non les cas complexes qu'il faut étudier quand on veut arriver à en déduire une théorie véritablement scientifique.

Parmi les septicémies il en est une qui forme une espèce bien distincte, c'est la pyohémie ou *infection purulente*. C'est d'elle seule que je vais m'occuper.

Mais avant tout il est indispensable de bien limiter mon sujet et de définir ce que j'entends par pyohémie ou infection purulente.

Définition de la pyohémie. — Avec les chirurgiens français, nos maîtres, j'appelle infection purulente cette complication fébrile des plaies, caractérisée par des frissons irréguliers, une fièvre intense, des sueurs profuses, etc., pendant la vie, et par des suppurations multiples après la mort, laquelle en est le terme presque constant.

Ainsi définie, je dis que l'infection purulente est le résultat du mélange du pus en nature avec le sang, et que ce pus y est versé par une veine enflammée, en un mot, qu'il n'y a pas d'infection purulente sans phlébite préalable.

Vous voyez que je viens soutenir une opinion qui n'est pas neuve, mais qui le paraîtra peut-être à quelques-uns d'entre vous, car elle est aujourd'hui presque entièrement abandonnée.

Pourquoi cet abandon ? l'argument principal dirigé contre elle, c'est que dans un grand nombre de cas, on ne trouvait aucune veine enflammée. Les premiers faits de ce genre furent considérés comme des exceptions, mais bientôt tous les chirurgiens eurent rencontré ces prétendues exceptions. Cette objection capitale, une fois bien établie, ruinait complètement la théorie phlébitique de l'infection purulente.

Cependant l'idée si simple, si satisfaisante pour l'esprit de la pénétration du pus dans le sang dans la pyohémie, ne pouvait être si vite abandonnée ; mais il était devenu urgent de la modifier, de la compléter. De là, la théorie complémentaire de la résorption purulente. On admit que le pus en *nature* était *absorbé*, *résorbé* à la surface des plaies en suppuration et pénétrait ainsi dans le torrent sanguin ; théorie fausse qui a séduit de grands esprits et qui a conduit des chirurgiens éminents à des applications pratiques irrationnelles.

Cette objection contre la théorie phlébitique de l'infection purulente fût tombée d'elle-même ou plutôt n'eût jamais été soulevée si les chirurgiens se fussent donné la peine d'y regarder de plus près.

Bien persuadé qu'il n'y a dans les phénomènes morbides non plus que dans les phénomènes naturels de véritables exceptions ; que ces faits exceptionnels sont ou bien des faits d'ordre différent qu'il faut classer à part ou bien des faits mal observés, je résolus de rechercher la phlébite avec plus de soin et de persévérance que je ne l'avais vu faire autour de moi.

Ne sachant pas quelle est la quantité de pus nécessaire au développement de l'infection purulente, je

cherchais, armé d'une forte loupe, dans les veinules voisines de la surface traumatique ; je n'y trouvai presque jamais de pus.

C'est alors que je me promis de disséquer toutes les veines, non seulement de la région blessée, mais encore. et de proche en proche. toutes les veines du corps.

Le premier pyohémique sur lequel je voulus vérifier mes prévisions était un vieillard de 70 ans auquel j'avais enlevé un épithélioma de la lèvre inférieure du côté droit, de la largeur de l'ongle du petit doigt. La réunion avait été immédiate et le résultat aussi parfait que possible. Au bout du troisième jour j'enlevais les épingles. La réunion de la plaie était parfaite.

Vers le douzième jour il fut pris d'un frisson violent, de fièvre, de douleurs articulaires, de délire...., il succomba rapidement.

Les abcès viscéraux multiples. les suppurations articulaires ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une infection purulente. Il fallait trouver la phlébite qui en était la cause.

Je disséquais avec le plus grand soin toutes les veines des lèvres, du cou, de la langue, les dentaires, les maxillaires internes, les sinus de la dure-mère, etc. Ce travail avait pris presque toute ma journée ; et je n'avais rien trouvé.

Je repris mes recherches le lendemain, et après avoir examiné presque toutes les veines du tronc, celles des membres supérieurs et inférieurs, celles du foie, des intestins, des poumons, le tout sans succès ; j'arrivais aux veines du bassin. Après avoir sectionné et renversé l'arcade pubienne, j'eus la satisfaction de voir les plexus vésico-prostatiques en pleine suppuration. Toutes les veines du côté droit et plusieurs de celles du côté gauche étaient enflammées et pleines de pus. La plupart ne présentaient pas le moindre caillot obturateur ; il suffisait de presser légèrement sur ces veines pour voir le pus passer dans les hypogastriques. Les autres veines du bassin, notamment les honteuses internes, étaient saines. Il en était de même des tissus érectiles de l'urètre et des corps caverneux.

Ce premier résultat me frappa vivement. Il m'avait coûté beaucoup de temps et de fatigues. J'étais loin de le regretter ; cependant je résolus de procéder d'une manière plus expéditive, c'est-à-dire de commencer mes explorations par les plexus vésico-prostatiques.

J'eus d'abord à me féliciter de cette manière de faire ; dans les sept cas suivants je trouvais la phlébite pyogénétique dans les plexus vésico-prostatiques.

Mais il n'en fut pas toujours ainsi ; et dans nombre de cas j'ai dû examiner presque toutes les veines du corps avant d'arriver à mon but. Six fois j'ai presque désespéré d'y arriver ! Le récit de ces faits quelque peu dramatisé vous offrirait, peut-être, un certain intérêt ; mais je craindrais d'abuser de votre attention. Qu'il me suffise de dire que, à force de patience et d'obstination, j'ai fini par trouver, *dans tous les cas*, la source phlébitique de la pyohémie.

Division de la phlébite traumatique. — Je divise la phlébite qui se développe à l'occasion d'une plaie ou d'une opération en *phlébite traumatique de voisinage et phlébite traumatique à distance*.

La première est celle qui se développe dans la région qui est le siège de la plaie.

Elle est *directe*, quand elle a son point de départ à la blessure même. C'est la phlébite ordinaire, classique, la plus commune, la mieux connue.

(1) Elle est *indirecte*, quand elle débute dans le tissu d'un organe intéressé ou dans son voisinage. Le type de la phlébite de voisinage indirecte est celle qui part du tissu médullaire des os ; c'est l'*ostéo-myélo-phlébite*, ou, plus simplement, l'*ostéo-phlébite*. Ainsi, dans une amputation de la cuisse, l'inflammation envahit la moelle du fémur que l'on trouve infiltrée de pus jusqu'à l'extrémité supérieure de cet os ; les veines circonflexes, à partir de leurs radicules osseuses et médullaires, sont enflammées, alors que la fémorale est parfaitement saine. Les faits de ce genre, encore peu connus, ne sont pas rares. Je ne fais que les indiquer aujourd'hui, me réservant d'en faire l'objet d'une communication spéciale dans laquelle j'établirai que l'ostéomyélite, au point de vue de l'infection purulente, n'a pas l'importance qui lui a été attribuée ; que, seule, elle ne produit pas la pyohémie ; que si celle-ci coexiste quelquefois avec elle, c'est qu'il y a en même temps phlébite.

Je crois devoir rapprocher de cette phlébite indirecte certains cas dans lesquels j'ai trouvé le point de départ de l'inflammation dans une veine musculaire voisine de la plaie, mais dont les racines ne pouvaient être suivies jusqu'à sa surface ; exemple, la phlébite d'une veine des muscles du mollet dans une amputation au 1/3 inférieur de la jambe.

(1) Ces phlébites naissent à peu de distance de la plaie d'origine, mais non directement.

La seconde est la *Phlébite traumatique à distance*. J'appelle phlébite traumatique *à distance,* celle qui naît dans une région éloignée de celle qui est le siège de la blessure ou qui n'a avec cette région aucun rapport anatomique ou physiologique connu.

Exemple : plaie de l'avant-bras, phlébite des plexus vésico-prostatiques; amputation d'une jambe, phlébite de la tibiale postérieure du côté sain.

Fréquence de la phlébite traumatique a distance. — Cette forme est loin d'être rare ; elle est même fréquente, si j'en juge par le nombre considérable des cas que j'ai rencontrés. J'en ai noté 30 dont 28 suivis et 2 non suivis de pyohémie, la mort dans ces 2 derniers étant arrivée *avant* le développement de celle-ci. Ayant perdu quelques-unes de mes notes, je ne puis indiquer le rapport exact des cas de phlébite à distance et de phlébite de voisinage que j'ai rencontrés, je crois que la phlébite à distance est à la phlébite de voisinage approximativement comme 1 est à 3 ou 4.

Siège. — Voici l'indication des veines que j'ai trouvées atteintes de phlébite à distance dans l'ordre de leur fréquence :

Plexus veineux vésico-prostatiques des deux côtés	16
Plexus veineux vésico-prostatiques d'un seul côté	2
Fémorale profonde	6
Circonflexe fémorale postérieure	4
Circonflexe fémorale extérieure	2
Tibiale postérieure seule	3
Peronière seule	2
Tibiale postérieure et péronière	4
Sus-hépatiques	2
Obturatrice	1
Honteuse interne	1
Fessière	1
Ischiatique	2
Petite veine musculaire de la cuisse	1
Veines du ligament large droit de l'utérus	1
Petite azygos avec deux intercostales	1
Veines rachidiennes au niveau des vertèbres dorsales lombaires	1
Veines humérale et axillaire	1
Veine saphène interne gauche	1
Veines dorsales du poignet	1
	53

La phlébite à distance est quelquefois multiple, puisque sans compter les veines qui forment les plexus vésico-prostatiques, nous trouvons 53 veines pour 30 pyohémiques. Un même sujet avait 2 et même 3 veines enflammées. Peut-être, aurais-je trouvé un plus grand nombre de phlébites multiples si j'avais continué mes recherches, après avoir découvert celle qui me suffisait à l'explication de la pyohémie, ce que j'ai plusieurs fois négligé de faire.

La phlébite à distance peut sans doute se développer dans toutes les veines du corps ; mais il est remarquable que je ne l'ai rencontrée dans le système veineux sus-diaphragmatique qu'une seule fois (dans la brachiale et l'axillaire), à moins qu'on ne veuille y comprendre un cas de phlébite de la petite azygos, laquelle se jette dans la grande azygos et par son intermédiaire dans la veine cave supérieure.

Je ne l'ai pas rencontrée dans les veines du col, de la tête, des os du crâne, dans les sinus de la dure-mère, dans les veines du bras, de l'avant-bras, de la main, du pied ; dans les veines de l'intestin, de la rate, du pancréas ; dans les veines porte-hépatiques, dans les hémorrhoïdales ; non plus que dans les tissus érectiles de l'urèthre et des corps caverneux.

Elle peut coexister avec la phlébite de voisinage, quoique très rarement d'après mes observations ; je n'en ai noté qu'un seul cas. Elle peut même la précéder ainsi que je l'ai constaté dans un cas où j'avais amputé la jambe en pleine pyohémie. Les veines de la jambe amputée étaient saines. Mort prompte : phlébite des plexus vésico-prostatiques évidemment antérieure à l'amputation ; phlébite directe de la poplitée postérieure à celle-ci.

La phlébite à distance envahit d'emblée des veines assez volumineuses, telles que les vésico prostatiques ; je ne l'ai jamais vue débuter par les veinules voisines des capillaires. Le plus souvent elle a peu de tendance à s'étendre, soit vers les troncs, soit vers les racines. La phlébite vésico-prostatique m'a toujours paru bornée au plexus qui environne le col de la vessie, sans s'étendre vers les veines du périnée, non plus que vers les hypogastriques. Cependant je l'ai vue suivre la direction ascendante et gagner les troncs. Cette marche était manifeste dans les veines circonflexes, fémorales et fémorales profondes dans plusieurs de mes observations.

La phlébite à distance semble n'occuper que la surface interne de la veine ; elle est essentiellement superficielle comme érysipélateuse ; la membrane interne du vaisseau est habituellement couverte d'une couche purulente ayant l'aspect d'une pseudo-mem-

brane très mince. Elle est essentiellement suppurative et ne présente presque jamais de tendance à l'oblitération du côté du cœur. On ne trouve dans ce sens, ni caillot, ni pseudo-membrane susceptible d'isoler le pus. Cependant j'ai remarqué plusieurs fois une pseudo-membrane très mince, s'avançant en festons irréguliers vers les gros troncs et s'arrêtant au bord libre de la valvule située à l'embouchure de la veine enflammée. Dans deux cas, une veine sus-hépatique capable d'admettre le bout du doigt, était tapissée d'une fausse membrane assez résistante peu adhérente, ayant son bord libre dirigé vers le cœur régulièrement frangé et largement ouvert, tandis que du côté des capillaires cette pseudo-membrane se continuait avec un lacis pseudo-membraneux feutré, très lâche, infiltré de pus. Il résultait de là une disposition infundibuliforme comparable à un dé à coudre, à parois béantes, rempli de sang et au fond duquel se trouvait du pus d'un blanc mat. Il n'y avait aucun abcès métastatique dans le voisinage.

Dans tous ces faits, le mélange du pus avec le sang en circulation devait être nécessaire et des plus facile. Quand on a vu des faits pareils à ceux que je rapporte, il est difficile de comprendre qu'on ait pu nier sérieusement la possibilité de ce mélange.

Coques pseudo-membraneuses limitantes. — J'ai vu cependant, dans un cas de phlébite multiple, une veine obturatrice qui se jetait directement dans la veine iliaque externe, fermée à son embouchure par une membrane qui présentait une disposition très curieuse. Ayant fendu l'iliaque saine d'ailleurs, je trouvai à l'intérieur un corps sphérique du volume d'une petite noisette, libre dans la veine, excepté dans un point répondant à l'embouchure de l'obturatrice enflammée. L'ayant incisé, je reconnus qu'il était formé par une *coque* épaisse de 2 millimètres, résistante, coriace, de couleur jaunâtre et offrant la plus grande analogie d'aspect avec le kyste d'une petite loupe de cuir chevelu vide de son contenu sébacé. Cette sorte d'ampoule renfermait un pus jaune, bien lié et communiquait librement avec la veine enflammée. Il m'a paru bien évident que l'obturatrice à son embouchure dans l'iliaque avait été fermée par une néo-membrane épaisse, laquelle, poussée par le pus amassé au-dessous d'elle, avait formé une ampoule, une sorte de soufflure libre dans la grande veine. Nul doute que si le malade eût vécu quelques jours de plus, cette ampoûle ne se fût rompue et que le pus n'eût été versé dans l'iliaque et entraîné par le courant sanguin.

Il eût pu se faire aussi que toute cette coque se fût détachée et que poussée par le courant sanguin elle fût venue oblitérer par embolie une des divisions importantes de l'artère pulmonaire.

J'ai rencontré cette même disposition ampullaire à l'embouchure d'une veine plus petite qui se jetait dans la fémorale.

Tout récemment, sur un autre sujet, j'ai trouvé à l'embouchure d'une petite veine articulaire moyenne dans la poplitée, une coque limitante rompue spontanément. En rapprochant les bords de la déchirure, on rétablissait sa forme et il était facile de voir qu'elle avait, avant sa rupture, formé les 3/4 d'une sphère saillante dans la grande veine.

Symptômes, marche, pronostic. — La phlébite à distance n'a pas de symptômes propres. Elle ne peut être soupçonnée, quand on ne trouve aucun symptôme de phlébite de voisinage. Je l'ai souvent recherchée dans ses lieux d'élection, par exemple dans les veines vésico-prostatiques en les explorant par le toucher rectal. Mais je ne l'ai jamais diagnostiquée d'une manière affirmative.

Le début des accidents généraux m'a paru généralement plus tardif que dans la phlébite directe. Cependant je n'ai pas dépouillé mes observations à ce point de vue.

Somme toute je ne puis guère dire d'avance si je trouverai une phlébite de voisinage ou une phlébite à distance.

Le pronostic est plus grave encore que celui de la phlébite de voisinage, car celle-ci offre au chirurgien, dans certains cas, quelques chances d'intervention.

Théorie de la phlébite a distance. — Tels sont les faits nouveaux que j'apporte à l'appui de la doctrine phlébitique de la pyohémie. Ces faits sont faciles à vérifier ; pas n'est besoin pour cela d'être anatomiste habile, non plus que d'avoir des instruments spéciaux. Il s'agit de grosses veines à explorer, et il suffit pour cela d'avoir de la patience et de la persévérance dans les recherches.

Ces faits établissent sans réplique que dans tous les cas de pyohémie traumatique il y a une phlébite suppurative dont le produit circule avec le sang.

La théorie phlébitique de l'infection purulente n'est donc plus contestable.

Mais la difficulté n'est pas levée ; elle n'est que reculée. Comment expliquer, en effet, qu'à l'occasion d'une amputation du bras ou de l'épaule, les veines vésico-prostatiques, fémorale profonde, tibiale postérieure, etc., deviennent le siège d'une inflammation suppurative ? Autrement dit, quelle est la théorie de la phlébite traumatique à distance ?

C'est ici que nous allons entrer en plein dans l'hypothèse.

La phlébite à distance se développe dans les mêmes conditions de *milieu* qui donnent naissance à la pyohémie puisque celle-ci n'en est que la conséquence.

L'infection purulente règne dans certaines localités, dans certains hôpitaux, ou dans certaines salles seulement. On la voit paraître, disparaître et reparaître à la manière des affections épidémiques.

Or, on s'accorde à attribuer les maladies épidémiques à l'existence d'un agent particulier, invisible, insaisissable, qui ne se manifeste que par ses effets, en un mot, à un miasme.

La phlébite à distance, cause de la pyohémie, est donc l'effet d'un agent spécial, d'un miasme.

Mais chaque agent épidémique, chaque miasme a sa manière particulière d'agir. Le miasme de la phlébite ne peut pénétrer que par une plaie récente, soit directement par les veines béantes à sa surface, soit indirectement par les mailles du tissu cellulaire où il est absorbé.

Arrivé dans le sang, il circule avec lui, puis il se fixe dans un point variable du système veineux, s'y développe et y produit l'inflammation suppurative.

Il est donc l'agent générateur de la phlébite, d'où le nom de *phlébitigène* que je lui ai donné.

Chose curieuse, le phlébitigène ne peut pénétrer et exercer son action délétère, que par une plaie saignante, bien différent en cela de la plupart des miasmes que j'appellerai *médicaux*, lesquels n'ont pas besoin de cette condition ; bien différent aussi de l'agent qui produit l'érysipèle, lequel s'introduit par la moindre solution de continuité, qu'elle soit ancienne ou récente.

Le phlébitigène ne pénètre pas par les plaies anciennes quelle que soit leur étendue ; sans pouvoir limiter d'une manière précise le temps pendant lequel il peut s'introduire par une plaie, on peut dire que c'est seulement dans les quatre ou cinq premiers jours, et peut-être même moins. Ce qui me paraît positif, c'est qu'il ne pénètre plus, lorsque la suppuration est bien établie.

Ce que je viens de dire ne signifie pas que les accidents généraux par lesquels s'annonce le début de la pyohémie, ne puissent se développer après la limite que j'indique. Nous voyons tous les jours, au contraire, ces accidents apparaître soudainement au bout de 6, 8, 10 jours et même plus, alors que la surface de la plaie couverte de bourgeons charnus présente l'aspect le plus favorable. Mais ces accidents ne se montrent qu'après que le miasme introduit par la plaie récente, avant la formation de la barrière que lui opposent les bourgeons charnus, a eu le temps d'accomplir son incubation dans la veine où il s'est fixé et d'en provoquer la suppuration. Et l'on conçoit sans effort que notre phlébitigène circule pendant un certain temps, avant de se fixer : qu'il se développe plus ou moins vite dans des veines où le courant sanguin a plus ou moins de force, etc., etc. Ces considérations et d'autres analogues peuvent rendre compte de l'apparition plus ou moins tardive des symptômes caractéristiques de la pyohémie, ainsi que de leur intensité.

La théorie du miasme phlébitigène ne s'applique pas seulement à la phlébite à distance : elle peut s'appliquer aussi à la phlébite de voisinage ; car s'il peut, après avoir suivi les voies de la circulation, se fixer dans une veine éloignée, pourquoi ne pourrait-il se fixer et se développer immédiatement dans une veine béante où il vient de s'engager ? Je ne vois même pas d'autre explication plus satisfaisante de la phlébite directe ; car quand on y regarde de près, il n'est pas déjà si facile de dire pourquoi l'inflammation s'empare d'une veine intéressée dans une opération. Je ne sais pas, moi, pourquoi une veine s'enflamme dans un cas et ne s'enflamme pas dans un autre tout semblable. Il y a plus, je défierais bien un chirurgien opérant *in loco sano*, de provoquer à volonté une phlébite, tandis que, hélas, il ne peut l'empêcher, malgré toutes les précautions et tous les soins que sa science et son dévouement lui inspirent.

Résumé de la première Partie. — 1° La phlébite traumatique doit être distinguée en : 1° *Phlébite de voisinage directe ou indirecte*, c'est la plus ordinaire ; 2° *Phlébite à distance*.

2° La *phlébite à distance* peut se montrer sur un

grand nombre de veines ; mais son siège de prédilection est dans les plexus vésico-prostatiques, les veines fémorales profondes et l'extrémité supérieure des veines tibiales postérieure et péronière.

3° Elle n'offre presque jamais d'obstacles capables de s'opposer au passage du pus dans le sang.

4° La phlébite à distance, ainsi que la phlébite de voisinage, règne par petites épidémies dans certains milieux.

5° Elle est due à un miasme particulier, le phlébitigène, qui pénètre dans le sang par une plaie récente, circule avec lui pendant un certain temps, se fixe dans une veine et y provoque l'inflammation suppurative.

6° La phlébite de voisinage directe ou indirecte est due au même agent qui se fixe immédiatement dans la veine blessée.

7° La pyohémie ou infection purulente résulte du mélange du pus en nature avec le sang.

8° Il n'y a pas de pyohémie traumatique sans phlébite.

9° Le pus mêlé au sang y est versé par une ou plusieurs veines enflammées.

Traitement de la Pyohémie. — La découverte de la phlébite traumatique à distance m'a conduit :

1° A l'affirmation de la théorie phlébitique de l'infection purulente.

2° A une théorie nouvelle de la phlébite traumatique, soit à distance, soit de voisinage.

Un agent, un germe spécial, le phlébitigène, lui donne naissance. Ce phlébitigène pénètre directement dans les veines béantes à la surface traumatique, et s'y fixe, ou bien, entraîné par le courant sanguin dans une veine éloignée, il s'y arrête, y subit une incubation et produit l'inflammation suppurative.

Cet agent ne pénètre que par des surfaces cruentées et tout à fait récentes.

Il règne épidémiquement pendant un temps plus ou moins long dans certaines localités plus ou moins restreintes.

Telles sont les déductions théoriques ; voyons maintenant les indications thérapeutiques qui en ressortent logiquement.

Toute théorie médicale nouvelle modifie la pratique ; et tout praticien, même le plus ignorant et le plus empirique, obéit à une théorie inconsciente ou inavouée.

Il me serait facile de démontrer cette proposition générale par l'historique du traitement de la pyohémie elle-même. Je ferais voir les chirurgiens les plus éminents, obéissant à une doctrine erronée, recourir aux médications les plus illogiques et les moins innocentes. On a vu, sous prétexte d'absorption du pus à la surface des plaies, couvrir celles-ci de vésicatoires, y appliquer des caustiques et même les cautériser au fer rouge.

1° *Traitement de la pyohémie confirmée.* — Je ne m'étendrai pas longtemps sur le traitement médical de la pyohémie confirmée, car il est absolument inefficace. J'ai employé presque toutes les médications internes recommandées : l'alcoolature d'aconit, les vomitifs et les purgatifs, le sulfate de quinine à toutes doses, etc., sans en obtenir le moindre résultat favorable (1). Et comment pourrait-on concevoir qu'il en pût être autrement, lorsque l'on sait que le pus est incessamment versé dans le sang en circulation par une veine en suppuration, inconnue le plus souvent et qui, fût-elle connue, ne pourrait être atteinte ? Ces médications internes auraient-elles la puissance de détruire le pus à mesure qu'il se mélange au sang ou d'en tarir la source en oblitérant la veine qui le fournit.

Est-ce à dire que je regarde comme absolument mortelle toute pyohémie effectuée et non douteuse ? Il n'en est rien. J'ai vu un certain nombre de guérisons ; j'en ai même publié 5 (voyez lettre sur la curabilité de l'infection purulente, *Gazette hebdomadaire*, 25 mai 1869, p. 374), et j'en ai observé récemment un nouvel exemple.

On peut se rendre compte de ces guérisons en admettant que la veine enflammée s'oblitère ou qu'elle cesse de suppurer tout en restant perméable. Dès lors si la quantité de pus versée dans le sang, n'est pas trop considérable, si les abcès produits ne siègent pas dans les organes les plus nécessaires à la vie, le malade résiste et finit par guérir.

Mais je suis bien convaincu que mes médications n'ont été pour rien ou pour bien peu de chose dans cet heureux résultat.

J'en excepte un seul cas, dans lequel j'ai pu intervenir chirurgicalement. M..., âgé de 45 ans, etc. (v. obs. n° III). Malheureusement les cas favorables

(1) Je crois cependant que les vomitifs et les purgatifs à titre d'évacuants du poison m'ont été de quelque utilité. (V. observation de Malagié, n° III).

Je pense que le seigle ergoté pourrait encore être tenté. Son action sur la contractilité des vaisseaux ne pourrait-elle pas arrêter l'arrivée du pus ? La guérison de la fièvre puerpérale assez fréquente ne pourrait-elle pas être expliquée par l'emploi de ce moyen ?

à cette opération se présentent bien rarement. Je l'ai pratiqué une deuxième fois et sans succès.

Voici le fait résumé (OBSERVATION IV). — Un forgeron, âgé de 68 ans, fort et vigoureux, s'était blessé à l'indicateur droit, avec un clou qui n'avait intéressé, ni la phalange, ni l'articulation métacarpo-phalangienne, mais qui avait déchiré la veine dorsale externe, qui cotoie cette articulation. Il avait continué à travailler. A son entrée à l'hôpital, tout le dos de la main présentait un gonflement considérable qui s'étendait en diminuant vers le milieu de la face dorsale de l'avant-bras. Deux incisions pratiquées au niveau du métacarpe me firent voir que le pus qui s'en écoulait sortait par les veines incisées.

Je découvris immédiatement la veine radiale au tiers inférieur de l'avant-bras, bien qu'elle ne parût pas tendue. Elle contenait du pus fluide. Je la coupais en travers et il en sortit spontanément par le bout inférieur une quantité notable, qui s'accrut par des pressions exercées de bas en haut.

L'inflammation dépassant manifestement le point que je venais de sectionner, je pratiquais la même opération sur la veine médiane basilique que je trouvais également pleine de pus ; puis sur les veines humérales à leur entrée dans l'aisselle. Il n'y avait en ce point aucune tuméfaction qui pût me faire soupçonner l'extension de la phlébite jusque-là. Cependant elles étaient pleines de pus. Jugeant la situation désespérée, je m'en tins là. Le blessé ne tarda pas à succomber.

Une autre fois j'aurais pu recourir au même moyen avec chance de succès. Il s'agissait d'une phlébite de la saphène interne consécutive à une amputation de CHOPART. C'était en ville : les parents du malade et le malade lui-même s'y opposèrent.

Enfin j'ai regrétté de n'avoir pas sectionné la veine tibiale antérieure dans un cas d'amputation de jambe par le fer rouge. Je reviendrai tout à l'heure sur ce fait intéressant (voir observation II).

La section de la veine ou des veines enflammées n'est pas nouvelle. C'est une opération très rationnelle, Elle découle logiquement de la théorie que je professe. Mais on peut objecter contre elle la multiplicité des anastomoses veineuses qui peuvent livrer au pus ainsi qu'à l'inflammation un libre passage ; la profondeur de certaines veines, leur volume et leur importance, et surtout la difficulté du diagnostic, même dans le cas de phlébite du voisinage. A plus forte raison, quand il s'agit de phlébite à distance. Cette opération est donc très rarement applicable.

Néanmoins, lorsqu'un cas favorable se présentera, elle devra être pratiquée sans retard et sans crainte.

La section doit porter sur un point de la veine non envahi par l'inflammation. Si l'on tombe sur un point déjà en suppuration, il faut la porter plus haut. Dans quelques cas il y aura lieu de sectionner plusieurs veines.

Il ne suffit pas d'ouvrir la veine ; il faut la couper en travers et lier le bout central seulement. Le bout périphérique doit être laissé ouvert, afin d'éviter la tension en permettant l'écoulement facile du pus, lequel aura ainsi moins de tendance à s'engager dans les collatérales.

Cette considération m'a fait rejeter complètement la ligature simple de la veine.

Amputation. — Lorsque les premiers symptômes de l'infection purulente se manifestent et que l'on a lieu de penser qu'ils sont dus à une phlébite de voisinage, faut-il amputer, s'il s'agit d'une blessure n'exigeant pas par elle-même ce moyen extrême ou réamputer si la phlébite est la suite d'une première amputation ?

Cette question touche de près à celle si controversée des amputations secondaires. Je ne puis ni ne veux la traiter dans son ensemble. Je la restreins au contraire aux cas spéciaux de complication pyohémique. Ainsi restreinte elle doit être presque toujours résolue par la négative. On ne peut en effet justifier cette opération que par l'espoir d'enlever la source du mal. Or, la notion de la théorie vraie de la pyohémie, celle de la fréquence de la phlébite à distance ne sont pas de nature à engager le chirurgien dans la voie de l'intervention (1).

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA PYOHÉMIE. — Si la pyohémie confirmée est au dessus des ressources de l'art, le chirurgien doit faire tous ses efforts pour en empêcher le développement.

Or nous savons qu'elle est produite par un agent particulier, un organisme microscopique qui règne épidémiquement en certain temps, en certains lieux ; que cet agent pénètre dans le sang par les surfaces saignantes, qu'il s'arrête dans une veine, s'y développe et provoque l'inflammation de cette veine, d'où le nom de phlébitique qui rappelle son mode d'action.

Nous savons que cet agent ne pénètre que dans les

(1) Lorsque mes idées n'étaient pas encore nettement fixées sur le mécanisme de l'infection purulente, lorsque j'admettais qu'elle pouvait être due à l'ostéomyélite, je trouvais l'amputation ou la réamputation logique et légitime. Mais je sais aujourd'hui que l'ostéomyélite sans phlébite ne donne pas lieu à l'infection purulente.

D'autre part, j'ai pratiqué plusieurs fois cette amputation dans des cas douteux, où l'infection n'était pas encore nettement accusée, mais sans succès. La pyohémie n'était pas entravée dans sa marche fatale. Son point de départ était dans une veine éloignée de la blessure.

premiers temps, les premières heures de la blessure, que sans pouvoir encore préciser les limites extrêmes de son entrée dans l'économie, il n'y pénètre plus lorsque la suppuration est établie ; et que selon toutes probabilités le moment le plus favorable à son introduction est celui de l'opération.

De là découlent plusieurs indications :

1° La première est celle de n'opérer que loin du miasme phlébitigène, c'est-à-dire dans un milieu sain *in aere sano*. Mais comment le reconnaître ce milieu sain ? et le distinguer d'un milieu où règne le phlébitigène ? Il n'y a aucun moyen de le savoir *a priori* ; ce n'est qu'à *posteriori* que sa présence se manifeste par ses effets. On peut affirmer qu'il existe dans une salle d'hôpital où l'on voit la pyohémie sévir sur plusieurs blessés. Mais rien ne prouve qu'il n'existe pas dans une maison éloignée de là, offrant en apparence les meilleures conditions hygiéniques, dans une campagne isolée, au milieu des champs ou des bois. Car c'est une erreur de croire que l'infection purulente n'existe que dans les hôpitaux et les grandes villes. J'ai vu maintes fois des faits qui le prouvent. Appelé en consultation pour des blessures plus ou moins graves, des fractures avec écrasements, des plaies, qui au bout de quelques jours présentaient un caractère inquiétant, je trouvais les blessés en pleine pyohémie. Et je ne pouvais accuser ni les mauvaises conditions hygiéniques, ni le défaut de confortable, ni même la contagion, les praticiens qui leur donnaient des soins n'ayant pas mis le pied dans un hôpital depuis nombre d'années. Je choisis ces exemples et non ceux de pyohémie suite d'opérations, lesquels ne sont pas rares, car on pourrait m'objecter la contagion dont les instruments, les mains et les habits du chirurgien auraient été l'intermédiaire.

Si l'on ne voit que rarement la pyohémie à la campagne et dans les maisons particulières, c'est que les occasions de son développement, les blessures graves et les grandes opérations y sont rares elles-mêmes.

L'agent producteur de la pyohémie peut exister pendant de longues années dans un local déterminé, sans déceler sa présence, si l'occasion de montrer ses effets ne lui est pas offerte.

Que l'on ne croie pas pour cela que les hôpitaux ne ne sont pas, plus souvent que les autres habitations, le siège de prédilection du miasme pyohémique. La chose n'est que trop bien démontrée. Mais il me paraît impossible de dire, a priori, quel hôpital, ou quelle salle d'un hôpital, sera ou ne sera pas le réceptacle du miasme phlébitigène.

Il y a plus, dans une même salle, on peut voir la pyohémie sévir, cesser, reparaître tour à tour, sans qu'il y ait rien, absolument rien de changé, en apparence, dans les conditions qu'elle présente.

Ainsi lorsque je pris le service de la clinique chirurgicale à l'hôpital St-Sauveur de Lille, j'eus d'abord, pendant deux ou trois ans, des cas assez nombreux d'infection purulente malgré les soins que j'apportais moi-même dans les pansements; puis-je fus pendant trois ans sans avoir d'infection purulente. Ces succès m'avaient rendu très entreprenant, et,-pourquoi ne l'avouerai-je pas ? je n'étais pas sans m'en attribuer quelque peu le mérite. Mais, hélas, depuis cette époque les revers sont venus. J'ai vu l'infection purulente regner dans ces mêmes salles témoins de mes succès.

Et pourtant il n'y avait absolument rien de changé, en apparence. Rien si ce n'est que je redoublais de soins, de précautions ; que je modifiais mes méthodes de pansements, que je pansais moi-même tous mes opérés.

Comment expliquer cela autrement qu'en admettant un agent épidémique qui, comme un grand nombre d'agents épidémiques, paraît et disparaît sans que nous en saisissions la cause ? Lorsque nous savons par l'expérience, que tel milieu recèle le miasme phlébitique, il faut s'en éloigner. Mais où fuir ? on n'est jamais sûr de tomber dans un milieu sain. On sait seulement que l'on quitte un milieu infecté ; ce qui est déjà un grand avantage.

Il faudrait donc changer d'hôpital ou tout au moins de salle ; c'est à mon avis le moyen le plus efficace de diminuer les ravages de l'infection purulente.

Mais cela est souvent impossible. Nous sommes forcé d'opérer dans le milieu infecté. Il faut donc trouver le moyen de détruire le miasme ou d'en empêcher la pénétration.

Beaucoup de chirurgiens sont entrés dans cette discussion guidés par des conceptions théoriques analogues à celles que je viens d'exposer.

Mais avant de dire à quels moyens je me suis arrêté, voyons les conditions qui paraissent les plus favorables à la pénétration de l'agent générateur de la phlébite.

Les conditions locales favorables à l'introduction du phlébitigène sont toutes celles qui sont connues

comme prédisposant à l'infection purulente ; les grandes plaies des parties molles, celles des veines, celles des os surtout.

Les tissus sains plus perméables que les tissus enflammés, indurés autour d'une suppuration ancienne, sont aussi plus aptes à recevoir l'agent phlébitique. C'est une grave erreur de croire qu'en amputant par exemple, au milieu des tissus indurés ou suppurés il y aura plus de chance d'infection purulente. C'est tout le contraire.

Je ne crains pas de porter le couteau aussi près que possible du siège du mal cause de l'amputation, de laisser dans le moignon des portions de foyers purulents ; je ne crains pas davantage de porter la scie sur les os dont la moelle est engorgée, rouge, violet, *splénisée*, pourvu qu'elle ne soit pas en suppuration.

Le mode opératoire n'est pas non plus sans influence ; il est incontestable que l'instrument tranchant expose plus à la pyohémie, que les caustiques, le fer rouge, l'écraseur, la ligature extemporanée ou permanente.

Mais la sphère d'application de ces moyens est forcément restreinte. Il est des cas nombreux dans lesquels le bistouri est de rigueur ; c'est l'agent chirurgical par excellence ; rien ne peut jusqu'à ce jour le remplacer.

J'ai employé divers modes de pansements après les amputations, la réunion immédiate, aussi complète que possible ; la réunion partielle ; les pansements à l'alcool, à l'acide phénique, au perchlorure de fer ; le tout sans succès.

J'ai voulu revenir à la pratique des anciens, à l'amputation par le fer rouge ; je ne l'ai tentée qu'une seule fois : je n'y reviendrai plus.

Voici le résumé de ce fait intéressant à divers points de vue (voir observation II) :

Un ouvrier filtier, âgé de 27 ans, présentant des traces non douteuses de scrofule, était affecté depuis l'âge de 5 à 6 ans, 1° d'une coxalgie suppurée, avec persistance d'une fistule donnant de temps en temps quelques gouttes de pus ; 2° d'une tumeur blanche du pied du même côté, remontant à la même époque. Les fistules nombreuses donnaient issue à du pus fétide et conduisaient sur des os nécrosés.

Tout ce membre atrophié rétracté, ne pouvait servir à la marche ; le patient se servait de béquilles. Il ne souffrait pas de la hanche, mais il souffrait du pied, et surtout il était extrêmement affecté de l'odeur que répandaient les fistules et qui le faisaient fuir par ses camarades. Sur ses instances pressantes je me décidai à amputer la jambe, au 1/3 inférieur.

Trois cautères terminés par une sorte de lance quadrilatère longue de 10 centimètres, large de 8, ayant un tranchant mousse sur un côté et un dos épais de 3 centimètres, me servirent de couteau.

Le malade étant chloroformé, je taillais deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, au moyen d'une incision circulaire, sur laquelle je fis tomber de chaque côté une incision longitudinale de 6 centimètres. Ces lambeaux formés furent rélevés par des pinces à anneaux.

La peau, le tissu graisseux sous-cutané, les muscles se laissèrent couper aussi facilement que par le couteau ordinaire ; mais il n'en fut pas de même des tendons. Je dus les trancher avec un bistouri. Arrivé sur les gros vaisseaux, et n'osant me fier pour l'hémostase à mon cautère, je les liai avec un fil d'argent pour n'être pas exposé à brûler la ligature.

Les artères et les veines correspondantes furent comprises dans le même fil. Cela fait je contournais les os avec la pointe de mon cautère divisant les fibres musculaires restantes, ainsi que le périoste, et je portais la scie sur ce point. Puis je promenais le cautère sur toute la plaie, ayant soin de l'appliquer à plat sur la surface de section des os. Pour plus de sûreté celle-ci fut couverte d'une plaque d'amadou imbibée de perchlorure de fer. Quelques plumasseaux de charpie imbibés d'eau alcoolisée, interposés entre les lambeaux, appliqués à leur surface et maintenus par quelques tours de bande constituaient tout le pansement.

Les suites de cette opération furent d'abord des plus simples. La douleur ne parut pas plus vive qu'à la suite de l'amputation ordinaire. Mais le 4e jour l'opéré avait de la fièvre précédée de frisson, se plaignait de douleurs peu intenses. Il les localisait à la face antérieure de la jambe. Celle-ci mise à découvert offrait un peu de gonflement, de rougeur et de douleur à la région antéro-externe. Cette douleur augmentait par la pression sur la face antérieure et la crête du tibia ainsi que sur la région antérieure de la jambe.

Quelle pouvait être la cause de ces symptômes menaçants ? Était-ce une phlébite, un phlegmon diffus, une ostéo-myélite ? J'inclinais fortement pour cette dernière hypothèse, mais la vérité est que je restais dans le doute, et que n'ayant pas de diagnostic je me bornais à des moyens simples, applications résolutives, sulfate de quinine, et j'attendis.

Le lendemain, sixième jour de l'opération, l'opéré avait eu deux grands frissons : le délire pendant la nuit, la fièvre intense, la respiration courte et fréquente...

Les symptômes locaux n'étaient pas plus caractéristiques, mais la pyhoémie était flagrante dans toute sa gravité ; il n'y avait plus rien à tenter, le moment était passé.

Mort le septième jour. A l'autopsie : Pyohémie caractérisée. Point de phlegmon diffus ; point d'ostéomyélite. Phlébite directe d'une des deux veines tibiales antérieures, laquelle était remplie de pus. L'inflammation suppurative se propageait dans la poplitée en remontant jusqu'au troisième adducteur, mais ne

descendait pas vers les veines tibiales et péronières. Il n'y avait aucun caillot obturateur dans la poplitée.

Mais pourquoi la phlébite avait-elle envahi une seule veine tibiale antérieure et avait-elle respecté non seulement les tibiales postérieures et les péronières, mais encore sa voisine la deuxième tibiale antérieure ?

Je disséquais toutes ces veines du côté de la plaie ; toutes étaient liées avec l'artère correspondante, excepté celle qui était le siège de la phlébite. Celle-ci m'avait échappé, je ne sais comment, car j'attachais une grande importance à lier toutes les veines que je pouvais trouver à la surface des moignons d'amputation, et à plus forte raison dans ce cas particulier.

Sans cette circonstance fâcheuse mon opéré fût guéri.

Mais ce résultat heureux eût-il justifié la méthode et m'eût-il conduit à généraliser l'emploi du fer rouge dans les amputations. Non certainement. Cette méthode a trop d'inconvénients.

Et d'abord il faut reconnaître que je m'étais préparé un succès ; le sujet était jeune encore ; le membre à amputer était atrophié, ses vaisseaux devaient être peu volumineux ; par conséquent les chances d'infection purulente beaucoup moins grandes. D'autre part l'opération devait être d'une exécution plus facile et plus rapide. Et avec tous ces éléments favorables une circonstance minime en apparence, une petite veine qui échappe à la ligature, suffit pour annihiler tous mes efforts !

Que serait-ce donc si, généralisant la méthode, on voulait amputer avec le fer rouge des membres volumineux, la jambe ou la cuisse d'un homme fortement musclé ?

Puis le fer rouge, malgré l'emploi du chloroforme, a quelque chose d'effrayant même pour les assistants. Pendant l'opération, nous avons eu un spectacle étrange : le moignon enflammé flamboyait comme une torche ; il fallait éteindre avec des linges mouillés ce singulier incendie !

D'ailleurs il serait impossible de terminer l'opération avec le fer rouge seul, il faut couper les tendons avec le bistouri, les os avec la scie et lier les gros vaisseaux.

Bien que le thermo-cautère, cette admirable invention du Dr Paquelin, ait déjà été appliqué à quelques amputations, je ne crois pas que son emploi se généralise.

Il faut donc conserver le bistouri et chercher les moyens de le rendre inoffensif.

Un grand nombre de chirurgiens se sont posé ce problème et se sont efforcés de le résoudre. Quelques-uns croient avoir réussi.

(A suivre).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La couleur des enfants nègres à la naissance.

De quelle couleur sont les bébés nègres en naissant ? Voilà une question souvent controversée dans le monde savant, et qui, ainsi que le dit avec raison la *Revue encyclopédique*, n'avait jamais été, jusqu'à présent, bien élucidée. Un médecin allemand, après un séjour de plusieurs années à Klein-Popo, dans le Togoland africain, où il a été appelé à faire, chez les peuples indigènes, de fréquents accouchements, a publié dernièrement une étude complète sur le sujet en question. Sans entrer dans les détails, voici quels sont les conclusions que lui a dictées son expérience personnelle. Dans la région équatoriale, le petit nègre est, en naissant, de la même couleur que n'importe quel enfant européen. Au bout de deux ou trois jours environ, sa peau prend une teinte légèrement foncée, presque lilas ; dix jours après, elle devient marron clair, et reste assez longtemps de cette couleur. Ce n'est guère que trois ou quatre mois plus tard que la peau devient complètement noire.

(Gazette médicale de Paris).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille

Le Concours annuel pour les prix de l'Internat, institués par l'**Association des anciens Internes**, a eu lieu le 24 juillet 1903 à l'hôpital de la Charité.

Le prix de médecine a été attribué à M. DANCOURT, le prix de chirurgie à M. CHANCEL.

Le jury de médecine était composé de MM. DELÉARDE, président ; PAINBLAN et BRETON, juges.

Le mémoire remis par M. DANCOURT avait pour titre: *La tension artérielle dans les maladies.* La question écrite était : *Méningites aiguës.*

L'épreuve clinique portait sur un sujet atteint d'*Ictère catarrhal.*

Le jury de chirurgie était composé de MM. FLEURY, président ; D'HOUR et DUBOIS, juges.

M. Chancel avait remis au jury un mémoire intitulé : *De l'atrophie congénitale du maxillaire inférieur (étude clinique et thérapeutique)*. La question écrite traitait : *Des symptômes, diagnostic et traitement des ruptures de l'urèthre.*

L'épreuve clinique comportait l'examen d'un malade atteint de *Hernie de la ligne blanche sus-ombilicale.*

Les membres du jury ont constaté avec plaisir que l'ensemble des épreuves du concours avait été très satisfaisant et ils ont été heureux de proposer comme lauréats à l'Association des anciens Internes leurs jeunes camarades MM. Dancourt et Chancel.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'électricité médicale, par le docteur E. Castex, agrégé des Facultés de médecine, professeur de physique médicale à l'Université de Rennes, chef du service d'électrothérapie et de radiographie à l'Hôtel-Dieu. Un volume grand in-18 de VII-672 pages, avec 208 figures, cartonné, 8 francs. F.-R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le *Précis d'Électricité médicale* du docteur E. Castex s'adresse aux étudiants en médecine, ainsi qu'aux praticiens qui veulent se tenir au courant des progrès de l'électrothérapie et de la radiologie, ou même se spécialiser dans ces branches. Sachant par expérience qu'un traité de ce genre, pour être un guide réellement utile et pratique, doit indiquer minutieusement tous les détails de montage des appareils, de mesure et d'application des courants, etc., l'auteur s'est attaché à écrire une œuvre précise et complète ; une rédaction concise, claire et ordonnée, de nombreuses figures dont beaucoup sont originales, une composition très serrée tout en restant très lisible par le choix des caractères employés, lui ont permis d'atteindre le but proposé, tout en donnant à l'ouvrage un nombre de pages restreint.

La *Technique* montre d'abord, après le rappel des notions physiques indispensables, les méthodes de production, graduation, mesure, application des diverses modalités électriques. Les actions des diverses formes de courants sont étudiées à l'*Électrophysiologie*, où figurent également la résistance électrique du corps, les dangers des courants, l'électricité en microbiologie, etc. Viennent ensuite l'*Électrodiagnostic* et l'*Électrothérapie*, qui tiennent ensemble le tiers de l'ouvrage. Dans la *Radiologie*, le lecteur se met au courant d'abord de toutes les opérations radiographiques et radioscopiques, avec des indications très précises sur les diverses méthodes de recherche des corps étrangers et de mesure ; puis de toutes les applications médicales des rayons X. Enfin un dernier chapitre fournit la technique de la *Photothérapie*.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

32e Semaine, du 2 au 8 Aout 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	9
3 mois à un an	9	4
1 an à 2 ans	6	3
2 à 5 ans	7	5
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	4	3
40 à 60 ans	6	8
60 à 80 ans	6	5
80 ans et au-dessus	»	1
Total	46	40

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
NAISSANCES par Quartier	5	11	17	18	9	5	8	4	6	5	10	98
TOTAL des DÉCÈS	4	11	21	14	4	7	5	2	10	3	5	86
Autres causes de décès	2	4	2	1	2	1	2	1	1	1	»	17
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	1	2	1	1	2	1	»	2	»	»	11
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	1	1	11	6	»	»	»	»	4	1	3	27
Maladies organiques du cœur	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie	»	2	2	2	»	»	»	»	1	»	»	7
Apoplexie cérébrale	»	»	1	1	»	1	»	1	»	»	1	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	1	1	»	2	1	»	1	1	1	9
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 345. Septième Année. N° 34 Le Numéro : 10 centimes 23 Août 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1[er] janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Réflexions cliniques sur le nouveau diurétique, la théocine

par MM. le professeur **Combemale** et **Vasseur**, externe des hôpitaux.

La théocine est la troisième diméthylxanthine, isomère de la théobromine et de la paraxanthine ; elle porte aussi le nom de théophylline.

Elle a pour formule :

$$\begin{array}{l} CH^3 - Az - C = O \\ \quad\quad\;\; | \quad\quad\; | \\ O = C \quad\;\; C - AzH \diagdown \\ \quad\quad\;\; | \quad\quad\; \| \quad\quad\quad\quad CH \\ CH^3 - Az - C - Az \diagup\!\!\diagup \end{array}$$

SALOMON la trouva dans l'urine de l'homme. ASCH l'étudia ensuite particulièrement parmi les méthylxanthines, dérivées de la purine. Elle existe aussi dans les feuilles de thé, d'où on a pu l'extraire, quoique avec beaucoup de difficultés. Le professeur TRAUBE, de Berlin, l'a d'autre part obtenue par synthèse, ce qui a permis de la mettre en circulation dans le commerce, et non plus de la considérer comme une rareté de laboratoire, sous le nom de théocine.

C'est une poudre, douce au toucher, blanche, de saveur amère. Elle est peu soluble dans l'eau, plus soluble cependant que la théobromine ; il faut 85 parties d'eau à 37° pour la dissoudre. Cette solubilité est augmentée en milieu acide, en présence du suc gastrique par exemple.

***

ASCH ayant annoncé que « parmi les trois diméthylxanthines, la théobromine est la moins diurétique », que « la théophylline et la paraxanthine le sont beaucoup plus », on ne tarda pas à expérimenter la théocine dans les laboratoires et en clinique.

C'est chez des malades atteints d'affections cardiaques ou rénales, que le professeur MINSKOWSKI (1), de Cologne, a employé la théocine, à la dose de 0 gr. 40 par jour. Excepté dans deux cas dans lesquels il survint des vomissements, en général, il eut une diurèse marquée, trois à cinq litres par jour, et même sept litres. Les œdèmes disparaissaient rapidement.

Voici du reste ses conclusions : L'effet cesse quand on suspend le médicament. L'effet thérapeutique s'épuise à la longue, si on administre trop longtemps

(1) MINSKOWSKI. — La théocine (théophylline) comme diurétique. *Rev. de thér. méd. chir.*, 1903, p. 33.

la théocine. Le myocarde n'est pas influencé par la théocine comme par la caféine. En général, elle est bien supportée. Dans certains cas, elle amène des vomissements que l'on peut éviter en la donnant en solution très diluée après le repas. Son action sur le rein est nulle ; jamais le taux de l'albuminurie n'a varié dans les néphrites traitées par la théocine ; dans un cas même elle a diminué.

Peu après, le docteur CHEVALIER, préparateur du laboratoire de pharmacologie et de matière médicale de la Faculté de Paris, publia une importante et sérieuse étude sur la pharmacodynamie de la théocine (1), dans laquelle, il rappelle d'abord les inconvénients de la digitale et de la caféine, comme tonicardiaques et diurétiques, puis ceux de la théobromine, par laquelle on croyait pouvoir les remplacer, et signale l'insolubilité de cette dernière, qui rend son absorption incertaine. La théocine, qui est plus soluble et s'absorbe plus facilement par voie digestive, mérite donc qu'on l'étudie ; et dès l'abord, pour remédier aux vomissements qui risquent de survenir, il conseille de donner après le repas la théocine dissoute dans du lait chaud.

D'après ses expériences sur les animaux, la toxicité de la théocine est plus faible que celle de la caféine, mais plus forte que celle de la théobromine. Des phénomènes convulsifs sont enregistrés aux doses élevées ; mais à faibles doses, ce sont surtout les phénomènes respiratoires qui entrent en ligne. La dose toxique mortelle chez l'animal varie de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par kilogramme d'animal. L'action sur le cœur se traduit chez le chien par une augmentation énorme du nombre des contractions cardiaques et une diminution lente et continue de la pression sanguine, avec oscillations brusques, du fait d'une influence active sur le système nerveux ; l'action sur la respiration par une augmentation des mouvements respiratoires en amplitude et nombre, même avec des doses faibles ; l'action sur le rein, par l'augmentation de la diurèse, sans effet irritant sur le rein ; l'albumine, si elle préexiste, n'augmente pas avec la diurèse ; jamais il n'en survient, si elle n'existait pas auparavant. Dans quelques considérations cliniques, CHEVALIER insiste sur ce que, chez l'homme, on l'emploie surtout dans les affections cardiaques avec stase, dans l'ascite, dans les affections rénales avec anasarque, et aussi sur ce qu'elle n'agit que si l'épithélium

(1) CHEVALIER. — La théocine. *Rev. de thér. méd. chir.*, 1903, p. 73.

rénal est suffisamment intact. Il note que jamais le cœur n'est influencé. Il arrive que quelquefois de légers troubles stomacaux tels que malaises, anorexie, vomissements, ou de légers troubles nerveux tels que de l'excitation sont observés. Considérant la théocine comme un diurétique trop énergique pour n'être pas toxique, CHEVALIER conseille la dose de 0 gr. 50 par jour

L'expérimentation clinique n'a pas cessé avec MINSKOWSKI. La théocine a été donnée à des cardiaques, des brightiques, des pleurétiques, des choro-anémiques, par MEINERTZ (1), à la dose répétée trois fois par jour de 0 gr. 25. Et comme MINSKOWSKI, MEINERTZ trouve toujours la diurèse augmentée, quelquefois même quadruplée, mais il ajoute que l'effet en est vite épuisé, que cependant, quand on cesse le médicament, la diurèse revient au taux primitif, pour réaugmenter, si on prescrit à nouveau la théocine. Il signale, fait à retenir, une action très marquée, surtout quand le cœur et les gros vaisseaux sont atteints, au contraire une action diminuée quand il existe une lésion de l'épithélium rénal. Enfin, dit-il, la théocine réussit quelquefois là où les autres diurétiques sont impuissants.

Presque en même temps, d'expériences sur les animaux, CARL DOEHRING (2) conclut, d'abord que la théocine est plus diurétique que la caféine et la théobromine, et cela dans les rapports de 13 : 7 : 4. Puis, rendant compte de ses observations cliniques, il rapporte que sur vingt malades, cardiopathies avec phénomènes de stase, néphrites, épanchement pleurétique, l'action diurétique n'a échoué que dans les cas où le cœur et les reins étaient tout à fait insuffisants, et où le malade était à la mort. A ces exceptions près, il y a eu toujours disparition des œdèmes après une diurèse abondante s'élevant jusque 4, 5, 6 et 7 litres par jour.

Ses réflexions sont à noter ; que la diurèse diminue quand on l'emploie trop longtemps ; que la théocine n'a pas d'action sur le cœur, n'exerce aucune action irritante sur le rein, que jamais l'albuminurie n'augmente ni ne se présente. A relever aussi que la théocine lui paraît surtout indiquée dans les cas de phénomènes hydropiques intenses ; que les doses doivent être de 0 gr. 50 à 0 gr. 90, en cachets ou en

(1) MEINERTZ. — Action diurétique de la théocine. *Rev. thér. méd chir.*, 1903, p. 312.

(2) CARL DOEHRING. — La théocine, diurétique nouveau. *Rev. thér. méd. chir.*, 1903, p. 355.

solution, mais ne doivent être jamais prises à jeun, pour éviter les vomissements. Comme inconvénients, il a vu dans deux cas une légère action sur le système nerveux se traduisant par des démangeaisons et des fourmillements dans l'un, par un sommeil troublé dans l'autre. Il signale enfin qu'administrée par lavement, la théocine n'a rien donné.

Les seconds en France, MM. LYONNET ET DEMARS (1), de Lyon, se sont intéressés à la théocine. Ils ont d'abord cherché la toxicité de la théocine chez l'animal, et ont trouvé que la théocine n'est toxique qu'à forte dose. A faible dose il existe néanmoins une accélération du cœur et de la respiration, ce qu'avait déjà vu M. CHEVALIER.

Chez l'homme, ils ont vu que des doses de 0 gr. 40 à 0 gr. 60, prises l'après-midi, provoquent une nuit agitée, que, prises le matin, elles ne donnent rien.

De leurs observations cliniques ces auteurs concluent que la théocine est plus utile au cardiaque qu'au brightique, qu'elle est surtout indiquée dans l'asystolie, qu'elle est contre-indiquée chez les nerveux et les dyspeptiques.

Après eux, M. THOMAS, de Genève (2), a expérimenté aussi sur l'animal ; il conclut que la théocine est un très puissant diurétique, agissant surtout par influence directe sur le rein. Mais, avant tout, elle a une action excitante très précoce sur le système nerveux et sur le cœur ; elle n'exerce pas d'influence nocive sur le rein.

Émettant une opinion sur les applications cliniques de la théocine, cet auteur dit qu'une étude approfondie est nécessaire, pour savoir si on peut classer ce produit en thérapeutique.

Les conclusions d'un travail de M. HUCHARD (3), tout en reconnaissant la puissance diurétique de la théocine, ne paraissent pas très favorables, à l'introduction de la théocine dans la thérapeutique, et appuient d'une autorité incontestable l'opinion de THOMAS.

R. STREIT (4) a eu deux insuccès avec la théocine, dans un cas d'insuffisance mitrale et de rétrécissement tricuspide avec phénomènes de stase, dans un cas de néphrite aiguë. Dans tous les autres cas, la diurèse fut très marquée, de trois à cinq litres par vingt-quatre heures. Aussi, conclut-il que l'action diurétique est très nette aux doses de 0 gr. 20, quatre fois par jour, ou 0 gr. 25, trois fois par jour ; que cette action persiste deux ou trois jours après qu'on a cessé le médicament, et qu'elle reparaît quand on le redonne ; qu'elle ne fait jamais défaut dans l'oligurie d'origine cardiaque, qu'elle existe souvent dans la néphrite chronique, rarement dans la néphrite aiguë ; qu'elle existe quelquefois dans la pleurésie ou la péritonite avec épanchement ; qu'elle peut se produire chez l'homme sain et chez un malade quelconque.

Il recommande de donner la théocine à petites doses après le repas, afin d'éviter les troubles stomacaux ; et chez les nerveux, les hystériques, d'associer la théocine à l'hédonal ou à la paraldéhyde, comme DRESER et VON SCHRÆDER l'ont suggéré.

Reprenant quelques points, KRAMER (1) montre que le premier effet de la théocine peut apparaître de trois quarts d'heure à quelques heures après son ingestion, et que le maximum d'effet est obtenu le premier ou le deuxième jour. Comme d'autres auteurs, il a vu qu'après un emploi de courte durée, la diurèse obtenue persiste rarement ; mais qu'après huit jours de traitement la diurèse reste améliorée. Il note aussi expressément que la théocine n'exerce aucune action sur la pression sanguine, non plus que sur le système nerveux, que les nausées et les vomissements sont assez fréquents, en suite de son emploi. Il se résume en disant que la théocine est un diurétique très puissant, rapide, mais n'agissant pas toujours.

Récemment enfin, SCHMITT (2), de Nancy, présente à la Société de thérapeutique, la théocine comme un puissant diurétique participant à la fois de la caféine et de la théobromine, mais dont l'action, qui est rapide, est vite épuisée. De plus, elle est irritante pour l'estomac, et chez les sujets prédisposés, elle peut donner lieu à des phénomènes d'excitation nerveuse.

Si nous essayons de résumer les opinions émises par différents auteurs sur la théocine, nous voyons que tous voient en elle un diurétique très énergique et très rapide, trop énergique même pour ne pas être toxique. Sous son influence, la diurèse atteint en général 4, 5, 6 et 7 litres par jour. Malheureusement

(1) LYONNET et DEMARS. — L'emploi thérapeutique de la théocine. *Lyon médical*, 1903, p. 961.

(2) THOMAS. — Étude de la théocine. *Bull. gén. thérap.*, 1903, p. 890.

(3) HUCHARD, *Journal des praticiens*, 1903, p. 313.

(4) R. STREIT. — La théocine, diurétique nouveau. *Belg. méd.*, 1903, p. 422.

(1) KRAMER. — Sur l'action diurétique de la théocine. *Belg. méd.*, 1903, p. 423.

(2) SCHMITT. — Sur la théocine. *Soc. de thérap.*, 24 juillet 1903.

son action dure peu ; la diurèse obtenue diminue peu à peu et revient très vite au taux primitif, quand on cesse la médication. On peut alors la prescrire à nouveau, pour obtenir sans retards les mêmes bons effets. Elle n'exerce du reste aucune action nuisible sur le rein ; et en particulier jamais elle ne produit d'albuminurie ni ne fait augmenter celle qui existe.

On ne lui reconnaît aucune action sur le cœur de l'homme, contrairement à ce qui existe chez les animaux.

Comme inconvénients, une légère excitation nerveuse dans certains cas peut survenir ; par contre les troubles stomacaux sont assez fréquents.

Les indications de la théocine sont les affections cardiaques et rénales, surtout l'asystolie avec stase et la néphrite chronique, et en général quand il y a des phénomènes hydropiques marqués.

Elle est contre-indiquée et sans effet quand l'épithélium rénal est trop atteint.

Les doses varient de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, en une ou plusieurs fois, soit en cachets, soit en solution étendue dans du thé chaud. Une précaution indispensable consiste à l'administrer après le repas.

La maison Bayer ayant mis une cinquantaine de grammes de théocine à notre disposition, nous avons voulu avoir une opinion personnelle sur ce médicament. Nous inspirant des renseignements que nous possédions alors, nous avons fait faire des cachets de 0 gr. 50 de théocine ; les malades, un excepté, n'en ont jamais pris qu'un dans la journée, et le prenaient dans du lait chaud.

N'ayant d'autre but que de constater et d'apprécier les propriétés diurétiques de la théocine, c'est à des malades porteurs d'œdèmes que nous l'avons uniquement administrée. Les sept observations qui suivent sont assez explicites pour permettre de juger les conditions cliniques préalables à l'emploi du médicament comme les résultats obtenus.

Observation I. — D..., Louis, courtier de commerce, âgé de 60 ans, salle Sainte-Catherine, nº 22, entre à l'hôpital, porteur d'une polynévrite périphérique subaiguë d'origine alcoolique. Cette polynévrite, en train de se constituer, frappe d'autres nerfs que ceux des membres inférieurs, habituellement surtout et uniquement atteints. Le cœur est très faible, la stase dans le cœur droit apparente ; la petite circulation est aussi ralentie ; la congestion passive du poumon explique que le malade soit très oppressé ; les varicosités du visage sont distendues. Il se plaint en outre d'uriner très peu ; ses jambes sont médiocrement enflées.

On lui administre, sans mesurer d'abord ses urines, 0 gr. 50 de théocine par jour. Dès la première prise, il urine davantage, mais non d'une façon excessive, et continue les jours suivants à voir relever le taux de ses urines. Il y avait six jours qu'il prenait la théocine, quand il présente tout-à-coup des phénomènes d'oppression plus marqués ; il est pris de vertiges, sa face se cyanose, ses extrémités se refroidissent, comme s'il y avait arrêt de la circulation. Ces symptômes se reproduisent, du reste, plusieurs jours de suite, même après la cessation de la théocine. L'oppression reste très forte pendant assez longtemps.

Les urines restent aussi plus abondantes.

Observation II. — C..., Édouard, 60 ans, salle Sainte-Catherine, nº 3, revient à l'hôpital pour maux de tête persistants. Il a eu, un mois et demi auparavant, un ictus apoplectique dissipé maintenant, mais qui s'était accompagné d'aphasie transitoire. C'est un artério-scléreux. Sa vue se trouble ; ses urines sont peu abondantes, sans albumine toutefois. Il fait de l'œdème malléolaire le soir. Il est en imminence d'urémie.

On lui donne 0 gr. 50 de théocine en un cachet par jour. Les urines n'en sont pas augmentées ; la vue se trouble de plus en plus : trois jours après, le malade distingue à peine les doigts. On cesse la théocine ; deux jours après, la vue est redevenue meilleure.

Observation III. — S...., Flore, 57 ans, salle Sainte-Clotilde, nº 8, entre le 28 avril en asystolie ; les jambes très enflées, mais dures, le foie volumineux et dur, les urines rares, sans albumine notable. Elle est dans cet état depuis plusieurs semaines.

Sous l'influence de 1 gr. de théobromine par jour la diurèse augmente notablement.

Le 1er mai, sans repos intermédiaire, on remplace la théobromine par deux cachets de 0 gr. 50 de théocine par jour ; en mesurant la quantité des urines, on les trouve moins abondantes qu'avec la théobromine. On continue néanmoins la théocine ; mais le 3 mai survient un violent mal de tête avec épistaxis, éblouissements, sueurs et divers autres signes de congestion encéphalique. On cesse la théocine, et la congestion cérébrale a cessé le lendemain.

Observation IV. — X..., tourneur en fer, 50 ans, salle Sainte-Catherine, nº 19, a de la tendance à la narcolepsie depuis trois ans ; l'autopsie a montré que ce sommeil accompagnait une asystolie apparente par ailleurs ; sclérose du poumon, dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide, cœur gras, foie cardiaque, congestion rénale. Il présente à son entrée à l'hôpital de la bouffissure de la face, de la cyanose du visage et des extrémités. Il se plaint de s'endormir souvent dans la journée sans le savoir. Les urines sont peu abondantes, et contiennent 0 gr. 20 d'albumine par litre.

Malgré le régime lacté et le repos au lit, il y a

encore; quinze jours après, de l'œdème des paupières, des conjonctives et des jambes ; la proportion d'albumine s'est même élevée à 1 gr. 50.

On continue le régime lacté, et on donne 0 gr. 50 de théocine. Le lendemain, la quantité d'urine a plus que doublé, elle atteint presque 4 litres. Trois jours après, il n'y a plus trace d'albumine, les œdèmes sont très diminués. On continue sans accident la théocine pendant quinze jours au même taux. Deux jours après avoir cessé l'emploi de la théocine, un léger œdème des jambes reparaît, mais l'albumine urinaire ne reparaît pas.

Quelques jours après, le malade succombait subitement à un œdème glottique.

Observation V. — B..., Pierre, maçon, 38 ans, salle Sainte-Catherine, n° 18, est atteint d'une néphrite aiguë. Il présente à son entrée à l'hôpital, le 22 avril, un œdème énorme des membres inférieurs, de l'abdomen et de la face ; ses urines sont très rares, à peine un demi-litre par jour. L'analyse y décèle jusqu'à 8 grammes d'albumine par litre.

On prescrit immédiatement le régime lacté, que le malade suit du reste très imparfaitement, puisqu'il fait ultérieurement l'aveu d'avoir mangé en cachette. Néanmoins, le 6 mai, on n'a plus que 1 gr. 50 d'albumine, mais les œdèmes restent aussi marqués. On obtient, le 10 mai, que le régime lacté et le repos soient observés par le malade. Les œdèmes diminuent les jours suivants, les urines augmentent et atteignent environ 2 litres 500 par jour.

Le 12 mai, on ajoute 0 gr. 50 de théocine par jour au régime lacté. Aussitôt, les urines des vingt-quatre heures montent à cinq litres passés. Du 13 au 28 mai, c'est-à-dire pendant quinze jours consécutifs, le malade urine jusqu'à six litres et plus, avec 0 gr. 50 de théocine par jour. De ce fait, les œdèmes diminuent très rapidement. Au bout de huit jours, l'albumine avait disparu complètement de l'urine.

On continue le lait et la théocine jusqu'au 9 juin, c'est-à-dire pendant vingt-sept jours. Le 7 juin, les œdèmes avaient totalement disparu.

La diurèse diminua en même temps que l'on cessait la théocine.

Observation VI. — L..., Auguste, 60 ans, salle Sainte-Catherine, n° 21, entré le 2 juin 1903, porteur d'une insuffisance aortique, fait un accès d'asystolie, par cœur forcé : œdème notable des membres inférieurs, urines peu abondantes, 1 litre 500 par jour toutefois, oppression et congestion pulmonaire passive. Le 11 juin, on lui donne 0 gr. 50 de théocine avec le régime ordinaire. Dès le lendemain, on obtient quatre litres d'urine.

Le 17 juin, les œdèmes sont très diminués, on achève de les vider complètement avec une prise d'eau-de-vie allemande, et on cesse la théocine. Aussitôt, la quantité d'urine tombe à deux litres.

Observation VII. — Ch..., Jean-Baptiste, 49 ans, salle Sainte-Catherine, n° 1, à la suite de plusieurs attaques de rhumatisme, a fait une symphyse cardiaque ; depuis plus d'un an, il est en état d'asystolie à peu près permanente. Son foie est constamment tuméfié, il a un œdème continu des membres inférieurs que la digitaline seule arrive à vider en partie, mais contre lequel les autres médicaments cardiaques sont impuissants.

Le 16 juin, ses œdèmes sont plus marqués, ses urines peu abondantes, à peine un litre. On lui prescrit 0 gr. 50 de théocine, pendant six jours consécutifs, en même temps que 0 gr. 10 de sulfate de spartéine. On laisse le régime ordinaire.

Cette médication est sans grand effet. Les urines augmentent très peu, 1 litre 500. L'action sur les œdèmes est presque nulle.

A la lecture de ces sept observations on peut faire quelques réflexions. D'abord celle-ci : Toute la gamme des œdèmes brightiques et cardiaques est comprise dans ces sept observations, depuis le léger œdème malléolaire vespéral (observ. II) jusqu'à l'anasarque (observ. V), depuis l'œdème prétibial datant de quelques jours (observ. I) jusqu'à l'œdème chronique (observ. VIII). Or, ce furent les œdèmes les plus abondants (observ. IV, V et VI), et aussi les peu invétérés, qui cédèrent le mieux à la théocine.

Une seconde est la suivante : L'adjonction à la théocine du régime lacté, préalablement ou concomitamment, n'influe pas sur le résultat diurétique de manière notable ; avec le régime ordinaire (observ. VI), les mêmes bons effets sont obtenus.

Une troisième, la voici : Les troubles inhérents à l'emploi de la théocine sont réels ; mais ceux qui frappent le tube digestif sont évitables par le moyen signalé par les auteurs, et que nous avons mis en pratique, prendre la théocine dans du lait après le repas. Les accidents portant sur le système nerveux peuvent être des vertiges, de l'oppression, de la céphalée, des éblouissements, des épistaxis ; il n'y a là rien que la physiologie de ce médicament n'ait permis de prévoir, rien non plus d'alarmant d'ordinaire. Quand ces accidents se produisent du reste, c'est que la théocine est et sera sans effet (observ. I et III).

Une quatrième est intéressante. L'emploi de la théocine, quand elle donne le résultat cherché, peut être prolongé sans inconvénient quinze et vingt-cinq jours (observ. IV et V). Cette affirmation n'est pas conforme à ce qu'ont dit, sur ce point, les auteurs précités ; elle n'en reste pas moins l'expression de la vérité.

En voici une cinquième, non moins importante. Avec la cessation de la théocine survient brusquement

la fin de la diurèse (observ. V) ; d'où la conclusion naturelle que le médicament ne s'accumule pas et s'élimine sans retard, même avec un rein malade (observ. V).

Nous terminons par une sixième. Quand au troisième jour la diurèse n'est pas annoncée, il devient inutile d'insister, il est même dangereux de le faire (observ. II) ; l'urémie peut marcher vite.

Ces réflexions émises, donnons en quelques mots notre avis sur la théocine. C'est un diurétique excellent, quand sont réalisées certaines conditions d'abondance et de survenue récente et rapide des œdèmes périphériques, de bonne tenue du cœur. Tout œdème brightique ou cardiaque ne sera donc pas heureusement influencé par elle ; en disant que la moitié des œdèmes bénéficieront de ce médicament, nous sommes au-dessus de la vérité. Du reste, à notre avis, la cryoscopie de chaque cas particulier d'œdème donnera sans nul doute la raison de l'action favorable ou défavorable du médicament ; la présence de l'albumine reste sans importance pour contr'indiquer l'emploi.

La théocine est-elle un meilleur diurétique que la théobromine. L'opinion d'Asch nous paraît bien aventurée. En ce qui nous concerne, nous n'y pouvons souscrire. Si la théocine est un diurétique, elle l'est conditionnellement, comme l'est conditionnellement aussi la théobromine. Elle a seulement pour elle de moins exposer aux accidents nerveux et d'être plus soluble.

Monstre ectromélien hémimèle

PAR MM.

E. Bertin, préparateur à la clinique de dermatologie et de syphiligraphie ET **M. Oui**, agrégé chargé du cours d'accouchement

à l'Université de Lille

Nous avons l'honneur de présenter à la Société centrale de médecine du Nord, un cas de malformation congénitale assez peu commun et qui nous a paru présenter quelque intérêt.

Il s'agit d'une enfant du sexe féminin, née le 10 décembre 1902, à terme ; âgée, par conséquent, à l'heure actuelle, de sept mois.

D'après les dires de la mère, l'accouchement aurait été rapide (six heures) et l'enfant se serait présentée par le siège.

La mère de cette fillette, âgée de 35 ans, n'a aucun antécédent pathologique. Elle a eu ses premières règles à 22 ans, s'est mariée à 28 ans et a eu, depuis lors, cinq grossesses toutes terminées par des accouchements à terme. Des cinq enfants qui ont précédé notre petit sujet, quatre sont vivants. Celui qui est mort a succombé, à quatre mois et demi, à la rougeole. Tous ces enfants étaient bien conformés et tous ont été nourris au sein par leur mère.

Le père, également âgé de 35 ans, jouit d'une bonne santé. Il est presseur de carreaux céramiques.

La fillette que nous vous présentons est en bonne santé. Elevée au sein par sa mère, elle s'est développée de façon normale.

A première vue, on est frappé par les malformations que présentent les quatre membres. Le tronc et la tête sont seuls normalement conformés.

Membre supérieur droit. — Le membre supérieur droit est représenté par un moignon qui mesure, de son extré-



mité à la pointe de l'acromion, 9 cm. ½. Ce moignon est arrondi à son extrémité qui présente deux petites dépressions.

Membre supérieur gauche. — Ici nous ne notons aucune malformation du bras et de l'avant-bras. La main, seule, est mal conformée. Elle ne présente que quatre doigts. Le pouce est normal ; il y a syndactylie complète de l'index et du médius. Quant au quatrième doigt, très écarté du médius, il ressemble beaucoup plus à l'auriculaire qu'à l'annulaire.

Membre inférieur droit. — Très court, ce membre a la forme d'un cône portant à son sommet un petit renflement mou, terminé par un orteil.

Membre inférieur gauche.— Le membre inférieur gauche, plus long que son congénère, se présente, en extension, sous la forme d'un cône plus allongé. Il se compose de

deux segments unis par une articulation. Il est terminé par un rudiment de pied, composé d'un renflement dans lequel la palpation ne permet pas de reconnaître l'existence de tissu osseux. Ce renflement se termine en avant par un orteil normalement conformé à côté duquel se trouve l'ébauche d'un autre orteil paraissant dénué de tout tissu osseux.

Radioscopie. — Nous aurions vivement désiré vous présenter une radiographie de ce monstre ; nous avons dû, malheureusement, renoncer à ce projet, ne pouvant obtenir du sujet une immobilité suffisamment prolongée.

Nous avons donc dû nous en tenir à l'examen radioscopique dont nous allons vous exposer les résultats.

Membre supérieur droit. — Le squelette du membre se compose uniquement de l'humérus. La partie inférieure de l'os n'est pas renflée et ne présente rien qui ressemble à la poulie humérale.

Membre supérieur gauche. — Rien à noter dans le squelette du bras et de l'avant-bras. La main qui, comme nous l'avons dit plus haut, ne compte que quatre doigts, ne possède également que quatre métacarpiens. Le quatrième métacarpien est fortement obliqué en dedans par rapport au troisième. Il est impossible de se rendre compte si le carpe est modifié dans sa composition.

Membre inférieur droit. — Ce membre, comme l'examen extérieur le faisait prévoir, est constitué par un seul segment osseux, le fémur.

Dans le petit appendice orné d'un orteil qui termine le membre, la radioscopie ne nous a montré aucun point de tissu osseux.

Membre inférieur gauche. — Ici, la radioscopie nous a nettement montré un fémur, articulé avec un os long ayant la forme du tibia. Le squelette de la jambe ne comprendrait donc qu'un os. Nous n'avons pas aperçu de tissu osseux dans le rudiment de pied qui termine ce membre.

En ce qui concerne les membres pelviens, nous ne saurions conclure de ce que la radioscopie ne nous a pas montré de tissu osseux à l'absence de squelette dans les deux pieds rudimentaires.

La palpation, en effet, nous a permis de sentir nettement les phalanges des orteils qui n'ont pas été mises en évidence par les rayons X. Il est donc très possible qu'il existe, au niveau des tissus que représentent les pieds, des noyaux cartilagineux assez peu ossifiés pour se laisser traverser par les rayons de Rœtgen et ne pas produire d'ombre sur l'écran radioscopique.

Ce monstre se classe d'une façon très nette dans la famille des *ectroméliens* (classification d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.)

Il appartient au deuxième genre de cette famille. C'est un *hémimèle*. « L'hémimélie, dit Geoffroy Saint-Hilaire, est une monstruosité moins remarquable que la phocomélie et résultant de conditions à quelques égards inverses. Les parties du membre qui, dans ce dernier genre, manquaient ou n'existaient que rudimentaires, plus spécialement le bras et la cuisse, sont ici développées et peuvent avoir acquis leur volume normal. Au contraire, l'avant-bras ou la jambe, mais surtout la main ou le pied qui, chez les phocomèles, existent bien développés, manquent chez les hémimèles ou n'y sont représentés que par quelques parties rudimentaires. Il suit de là, qu'un membre affecté d'hémimélie se présente sous la forme d'un moignon plus ou moins court, soit privé de tout vestige de main ou de pied, soit, et le plus souvent, terminé par un ou quelques doigts imparfaits ou rudimentaires.

L'hémimélie affecte tantôt tous les membres à la fois, tantôt trois, deux ou même un seul : les autres membres peuvent alors être normaux, mais se trouvent souvent atteints d'autres anomalies. »

Le sujet que nous vous présentons répond trait pour trait à la description de Geoffroy Saint-Hilaire.

Cette filette est, en effet, atteinte d'hémimélie abdominale bi-latérale, d'hémimélie thoracique droite, d'ectrodactylie et de syndactylie gauches.

Cette fillette, comme cela est habituel chez les ectroméliens, est bien conformée en ce qui concerne la tête et le tronc et ne le cède pas en développement physique et intellectuel aux enfants normaux du même âge.

Nous ferons remarquer enfin que, chez cette enfant, les organes génitaux externes sont normaux, malgré son hémimélie abdominale double qui est considérée par certains auteurs comme entraînant des vices de conformation des organes génitaux.

Sarcome du pharynx ;
ablation après résection du maxillaire supérieur et laryngotomie inter-crico-thyroïdienne

par M. le docteur **René Le Fort**

Il y a près d'un an, le 11 juillet 1902, j'ai présenté à la *Société de Médecine du Nord*, une observation de résection du maxillaire supérieur pour myxosarcome naso-pharyngien après laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Le malade a guéri très rapidement de son opération, et j'ai eu de ses nouvelles au bout de quelques mois, sa situation était, paraît-il, excellente. Le malade avait été opéré in extremis, parce qu'il avait des crises de suffocation et ne pouvait être alimenté qu'à la sonde, difficile à placer. J'ai eu récemment l'occasion d'opérer un second malade avant cette période ultime, pour un sarcome du pharynx à évolution rapide.

Le sieur T..., Pierre, âgé de 40 ans, demeurant à Vendin-le-Vieil, a commencé à s'apercevoir de sa tumeur il y a 8 mois. Il fut envoyé à ce moment dans le service de clinique chirurgicale, où je suppléais M. Folet, par notre confrère et ami M. Gaudier, mais, apprenant que l'opération était sérieuse, le malade sortit pour « consulter sa femme » et ne reparut plus que le 1er avril 1903 pour entrer de nouveau dans le service.

La tumeur avait débuté par le cavum et un bourgeon, après avoir envahi la fosse nasale droite et le canal nasal correspondant, faisait saillie au niveau de l'unguis. Il y avait de ce côté de l'épiphora. Depuis le mois d'août, la tumeur s'est beaucoup accrue, elle remplit toute l'arrière-cavité des fosses nasales, refoule en avant le voile du

palais, remplit la fosse nasale droite qu'elle déforme; le bourgeon de l'angle interne de l'œil est gros comme une cerise, il a doublé depuis l'année dernière, tout le côté droit de la face paraît projeté en avant et en dehors.

Le 8 avril, je pratique la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne en un temps, puis, la canule mise en place, le malade est mis en position de Rose et je résèque le maxillaire supérieur droit. Le sinus maxillaire est rempli par la tumeur, et le maxillaire est enlevé en plusieurs morceaux. J'attaque ensuite la tumeur qui remplit tout le pharynx nasal, s'insère largement sur toute la muqueuse de l'apophyse basilaire et toute la région prévertébrale supérieure, je cure la fosse nasale, enlève l'unguis et le bourgeon du canal nasal à la curette et suture le lambeau. L'opération est terminée, elle a été simple, a donné peu de sang et le chloroforme a été parfaitement donné et supporté. Trois jours après la canule est enlevée, un peu plus tard les fils, et, quinze jours après l'opération, l'opéré se promenait sans pansement dans la salle. Je devais vous le présenter à la séance du 24 avril, j'ai été personnellement empêché de prendre part à votre réunion.

Le blessé a quitté l'hôpital quelques jours plus tard, après avoir présenté un léger œdème de la joue dû à un coup de froid qui a nécessité l'application d'un pansement pendant deux ou trois jours et a disparu sans laisser de traces.

Cette opération a été sans doute pratiquée un grand nombre de fois; si j'y reviens et si je vous présente ce nouveau fait, c'est pour insister à nouveau sur l'extrême bénignité de l'intervention et sur l'excellence des résultats immédiats qu'elle fournit (1). La résection du maxillaire supérieur, malgré son apparence de grosse opération sanglante, ne produit que peu de choc ; elle est facile à exécuter sous l'anesthésie *absolue*, à la condition d'employer la position de Rose. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, très simple et qui ne dure que quelques secondes, n'est utile que si la résection du maxillaire n'est que le premier temps d'une opération qui peut être laborieuse et sanglante, on s'en passe très facilement s'il s'agit d'une tumeur de la mâchoire.

(1) Nous avons eu récemment des nouvelles de ces deux malades : T.., a repris son travail; quant au premier opéré, il était, il y a deux mois, en pleine récidive.

FAITS NOUVEAUX

Examen du sang dans les cas de kystes hydatiques. — Sabrazès (dans *Gaz. de Bordeaux*), a remarqué que cet examen est un grand succès pour le diagnostic, surtout en ce qui regarde les kystes isolés et profondément situés pour lesquels la symptomatologie est si souvent obscure. Il a toujours rencontré une leucocytose neutrophile et polymorphonucléaire, et également de l'éosinophilie mais moins accentuée.

Le contenu du kyste présente aussi des cellules éosinophiles, et l'on en trouve ordinairement beaucoup dans le tissu conjonctif qui entoure les parois kystiques ; il semble donc que l'échinocoque a une action chimiotaxique positive pour les leucocytes éosinophiles, que l'on rencontre dans le kyste fréquemment en compagnie des cristaux de Charcot.

Dr Bédart.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Précis de Thérapeutique, par le professeur X. Arnozan, deuxième édition, O. Doin, Paris 1903.

La deuxième édition du Précis de Thérapeutique (de la collection Testut), par le professeur Arnozan, vient de paraître, suivant de deux ans à peine la première édition. Ce nous est une occasion de dire à nouveau de ce Précis tout le bien que nous en pensons.

La thérapeutique est la partie la plus changeante de la médecine. On renié aujourd'hui les traitements qu'on a vantés hier. Aussi, savoir reconnaître parmi les médicaments que la chimie met chaque jour à la disposition des médecins celui qui est susceptible de surnager, n'est pas chose qu'il soit donné à beaucoup d'auteurs de faire. Il faut pour cela un flair spécial, que confère la longue pratique de la clinique médicale et aussi le coudoiement quotidien des grands principes de pathologie générale. Le professeur Arnozan, sous ce rapport, est un excellent juge qui, devançant la postérité, sait, dans la cohue des agents thérapeutiques nouveaux, trouver ceux qui résisteront probablement à la rénovation incessante des matériaux accumulés par la science pour la cure des maladies. Et son livre est le reflet de cette aptitude.

Aussi la faveur est venue rapide et complète à ce volume de thérapeutique; et cette faveur ne sera pas près de l'abandonner tant que, tout en introduisant dans son livre les conquêtes nouvelles de la thérapeutique, il n'insistera pas outre mesure sur les nouveaux venus et réservera aux remèdes définitivement reconnus utiles, tels que la quinine, le mercure, les iodures, le meilleur de ses renseignements.

Nous recommandons vivement à nos lecteurs, élèves et praticiens, la lecture de ce Précis ; chacun, même les professeurs, trouvera son profit à le consulter.

Dr F. C.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les médecins devant les lois Babyloniennes au XXe siècle avant Jésus-Christ

En ce temps-là, — quarante siècles nous en séparent, — il y avait des lois, il y avait des médecins, et il y avait des lois s'occupant spécialement des médecins. C'est ce que vient de révéler, au monde du XXe siècle après Jésus-Christ, la découverte, faite à Suse par M. de Morgan, d'un Code des Lois de Hammurabi, lequel régnait à Babylone au XXe, peut-être même au XXIIIe siècle avant Jésus-Christ. Le texte de ces lois a été déchiffré et vient d'être publié par le P. Scheil, professeur à l'école pratique des Hautes-Études, en un volume in-quarto, qui, sous le titre : Textes élamites-sémitiques, forme le tome IV des *Mémoires de la Délégation en Perse*, paraissant sous la direction de M. de Morgan.

Depuis qu'est ouverte l'ère des fouilles, nous apprend le P. Scheil, il n'avait pas été mis au jour, ni en Égypte, ni en Assyrie, ni en Babylonie, pour ne nommer que les plus importants champs d'investigation, de document plus considérable par sa haute portée morale et son ample teneur, que le Code des Lois de Hammurabi. Ce Code est l'un des monuments les plus importants, non seulement de l'histoire des peuples d'Orient, mais encore de l'histoire universelle. C'est un Code de droit privé, formulant ce droit en sentences claires, brèves, fixant ainsi, au centre des âges, les coutumes antérieures séculaires, pour demeurer la base de la législation future des pays babyloniens jusqu'à la chute de l'Empire.

C'est un Code d'inspiration divine. En tête de l'exemplaire trouvé à Suse, figure un bas-relief représentant le dieu Samas au moment où il dicte ces lois au roi Hammurabi. « Samas est le dieu par excellence des oracles, et, comme le dit l'inscription, celui qui inspire l'esprit d'équité et de rectitude. Soleil, dieu de lumière, deux faisceaux de rayons s'échappent de lui ; une tiare à quatre rangs de cornes le coiffe ; majestueusement assis, il tient, de la droite tendue en avant, un stylet de scribe et un cercle, comme il convient au maître du cycle des temps et au dieu de la sagesse... Le roi Hammurabi, dans une attitude soumise, fixe attentivement le dieu et reçoit son saint enseignement. »

Dans ce Code figurent les matières les plus diverses : condition des juges et des officiers publics, affermage des terres, irrigation, pâture des troupeaux, aménagement des champs ou jardins, pénalités en cas de violence contre hommes ou animaux, navigation, location d'hommes ou animaux, tarif des salaires, commerce, mariage entre époux de même condition ou de condition différente, lois sur les successions, situation des esclaves, etc., le tout réglé avec sagesse et équité, en 280 paragraphes.

Sur ce nombre, il est 9 paragraphes relatifs aux médecins. Peut-être les lecteurs de l'*Echo médical du Nord* nous sauront-ils gré de les leur faire connaître.

Dans le texte, les dispositions de chaque paragraphe sont inscrites en lignes brèves superposées de la façon suivante :

Si un médecin,
un homme, d'une plaie grave
avec le poinçon de bronze
a traité,
et guéri l'homme
et la taie de l'homme
avec le poinçon de bronze
a ouvert,
et l'œil de l'homme
a guéri,
10 sicles d'argent
il recevra.

Mais, après avoir rapporté le texte ainsi traduit, le P. Scheil en donne une récapitulation, plus facilement compréhensible. C'est à cette récapitulation que nous empruntons les dispositions qui suivent.

§ 215. — Si un médecin traite quelqu'un d'une plaie grave avec le poinçon de bronze et le guérit, ou s'il ouvre avec le poinçon de bronze la taie (1) de quelqu'un et sauve son œil, il recevra dix sicles d'argent.

§ 216.— S'il s'agit d'un noble, il recevra cinq sicles d'argent.

§ 217. — S'il s'agit d'un esclave, le propriétaire de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent.

§ 218. — Si un médecin traite un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et le tue, et si avec le poinçon de bronze il ouvre la taie et crève un œil, on lui coupera les mains.

§ 219. — Si un médecin traite l'esclave d'un noble d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze et le tue, esclave pour esclave il rendra.

§ 220. — S'il lui ouvre la taie avec le poinçon de bronze et lui crève l'œil, il payera la moitié du prix de l'esclave, en argent.

§ 221. — Si un médecin remet un membre cassé ou guérit un viscère malade, le patient donnera au médecin cinq sicles d'argent.

§ 222. — S'il s'agit d'un noble, il donnera trois sicles d'argent.

§ 223.— S'il s'agit d'un esclave, le propriétaire de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent.

Viennent ensuite deux paragraphes relatifs aux vétérinaires.

§ 224. — Si le médecin des bœufs et ânes traite un bœuf ou âne d'une plaie grave et le guérit, le propriétaire du bœuf ou âne donnera comme salaire au médecin un sixième de sicle d'argent.

§ 225. — S'il traite un bœuf ou âne d'une blessure grave et le tue, il payera le quart du prix de l'animal au propriétaire.

Voici, enfin, deux paragraphes relatifs à des chirurgiens.

§ 226. — Si un chirurgien, sans la permission du propriétaire, imprime à un esclave la marque d'esclave inaliénable, on lui coupera les mains.

§ 227. — Si quelqu'un trompe le chirurgien qui imprime une marque d'esclave inaliénable, on le tuera et enterrera dans sa maison ; le chirurgien jugera qu'il l'a fait par erreur, et il sera quitte.

Et voilà, sans commentaires, comment étaient réglées par la loi babylonienne, il y a plus de quatre mille ans, ces deux questions toujours actuelles de la fixation des honoraires du médecin, et de la responsabilité médicale.

J. Jacquey,
Professeur à la Faculté de Droit
de l'Université de Lille.

(1) Note du P. Scheil. — Cette infirmité se dit à plusieurs reprises, dans le Code des Lois d'Hammurabi, de l'*œil* : on la traite en l'*ouvrant* au poinçon de bronze. Il doit s'agir d'une *taie* ou d'une *cataracte*. C'était une infirmité qui, comme plusieurs autres, rendait inapte au sacerdoce.

Variétés & Anecdotes

Du service de santé dans les armées grecques et romaines

La récente discussion sur le service de santé dans l'armée française m'a semblé devoir donner quelque intérêt à l'étude de ce même service dans les armées anciennes. Elle permettra de comparer les progrès réalisés dans ce sens, et de voir que le souci de la santé des combattants a toujours préoccupé les chefs d'armée. Nombreux sont les travaux publiés à ce point de vue. Toutefois les recherches archéologiques récentes ont apporté un jour nouveau dans l'amas des citations empruntées aux écrivains militaires d'autrefois ; et le travail du docteur Marcusse, de Mannhein, publié dans le Militärarzt (nos 22 et 23, 1902), fournit à cet égard des documents intéressants que nos lecteurs auront tout intérêt à connaître.

La présence des médecins auprès des troupes combattantes remonte à la plus haute antiquité ; puisque Homère dans l'Iliade en fait déjà mention. « Nestor, illustre Pelaïde, prends « vite Machaon sur ton char, et amène-le aux navires : car un « médecin qui extrait les flèches, oint de baumes adoucissants, « vaut mieux que beaucoup d'autres hommes ». De même dans le IVe livre, nous voyons qu'Agamemnon fait appeler le médecin Machaon, fils d'Esculape, pour lui retirer un dard et lui donner un baume bienfaisant. Ces citations prouvent que non seulement on rencontrait des médecins auprès des armées combattantes, mais encore que leur rôle n'était pas exclusivement médical, et qu'ils prenaient part à l'action.

Du reste, à cette même époque, on retrouve également dans d'autres armées la preuve de l'assistance médicale aux blessés, puisque Diodore de Sicile (liv. I, ch. 82) nous apprend que les soldats égyptiens étaient régulièrement accompagnés dans leurs marches et leurs campagnes par des médecins soldés. Mais dans cette organisation on ne voit aucun caractère officiel. La présence des médecins auprès des armées grecques au siège de Troie ne dépendait que du hasard ou de la générosité des chefs d'armée ; et nous devons remonter jusqu'à Hippocrate, c'est-à-dire 7 siècles plus tard, pour rencontrer les traces d'un service de santé régulièrement établi. Lorsqu'une expédition fut préparée par Alcibiade contre la Sicile, et qu'on délibéra dans l'assemblée du peuple pour savoir s'il était nécessaire d'envoyer un médecin avec elle, Hippocrate promit de laisser partir son fils. (*Hippoc.*, *Epistolæ* — cité par Marcusse — *loc. cit.*)

Mais c'est surtout dans les ouvrages de Xénophon que l'on trouve nettement indiquée toute l'importance donnée par les généraux d'armée à l'organisation de l'assistance médicale en campagne. Déjà, dans un travail paru en 1879 dans la *Gazette hebdomadaire*, Corlieu avait montré combien sérieux était le rôle des médecins pendant la retraite des Dix-Mille. Dans tous les ouvrages de Xénophon ayant trait aux expéditions militaires on retrouve les traces de cette organisation officielle du service de santé auprès des armées. Dans la *Cyropédie*, livre II, Cyrus dit à son père : « Pour la santé, j'ai entendu dire et j'ai « vu que, comme les villes qui veulent être en bonne santé se « choisissent des médecins, les généraux emmènent avec eux « des médecins pour les soldats ; par conséquent à peine entré « en fonctions, je m'en suis préoccupé ; et, je crois, mon père, « que j'ai avec moi des hommes habiles dans l'art médical. « (*Xénoph. Cyr.*, liv. I, ch. VI)... Car, dit-il un peu plus loin, « *qu'est-ce qu'une armée sans la santé* ? » A Cunaxa, nous voyons Artaxerxès blessé d'un javelot dans la poitrine et soigné par Clesias, parent d'Hippocrate. Dans le livre III de l'*Anabasis*, p. 4, on trouve rapporté que les Grecs, entourés d'ennemis, durent abandonner leurs blessés et leurs malades dans les villages sous la garde de huit médecins. Du reste, la description des souffrances endurées par les troupes, l'indication bien nette des effets du froid et des précautions nécessaires pour le combattre, la description du délire éprouvé par les soldats à la suite de l'absorption de miel (accidents d'empoisonnement belladoné) démontrent que la présence des hommes de l'art auprès des armées avait été due non aux effets du hasard, mais à une organisation bien entendue, faite avec soin et en rapport suffisant, comme nombre, avec l'importance des troupes en campagne.

Dans un autre ouvrage de la même époque : *Lacedemoniæ respublica*, chap. 13, nous retrouvons la preuve officielle des médecins auprès des combattants ; ils sont, en effet, énumérés comme faisant partie de ces armées au même titre que les joueurs de flûte ; et l'on indique la place qu'ils doivent occuper dans l'ordre de bataille.

Ainsi que nous venons de le voir, on ne peut mettre en doute que l'organisation du service de santé auprès des armées existait déjà dans les temps anciens. Toutefois, elle se bornait à placer des hommes de l'art auprès des combattants ; mais rien ne semble indiquer qu'il y eut à cet époque des formations sanitaires. Les blessures légères étaient soignées sur le lieu du combat ; les blessures graves dans les tentes ou les vaisseaux ; les hôpitaux n'existaient pas : car les temples d'Esculape étaient consacrés aux civils et aux militaires. Quant aux blessés intransportables, nous savons par les exemples cités dans la « Retraite des dix mille » qu'ils étaient abandonnés chez l'habitant.

Si de l'armée grecque, nous passons aux armées romaines, nous verrons l'organisation du service de santé s'élever peu à peu à un état de développement tel que les principes fondamentaux d'un bon fonctionnement se trouveront nettement décrits. A l'époque de la République, l'armée romaine ne possédait aucun corps de santé régulier. Les praticiens romains emmenaient avec eux parmi leurs esclaves des médecins et des chirurgiens qu'ils prêtaient à leurs amis. Ainsi plutarque nous apprend que Caton était accompagné de l'affranchi Cléanthas à Utique, et nous lisons dans Suétone (Oct. II, p. 124)

que pendant la guerre civile, Pansa avait auprès de lui Glaucon qui fut accusé d'avoir empoisonné sa blessure. Nous retrouvons les noms de deux médecins célèbres, Celsius Cornélius et Demetrius, qui accompagnèrent dans leurs expéditions militaires Marc-Aurèle et Tibère, alors qu'ils n'étaient encore que tribuns. Mais le véritable fonctionnement du service de santé auprès des armées ne commence qu'avec l'empereur Auguste. Les preuves de cette organisation sont nombreuses. Marcusse, de Mannheim, dans son travail très documenté, cite des passages de différents auteurs dans lesquels se trouve nettement indiquée la présence officielle des médecins militaires auprès des armées en campagne. Ainsi le platonicien Onosandros dans son livre, *Le Stratège*, dit : « La voix du général en chef « est bien plus utile que celle du chirurgien, car ceux-ci ne « guérissent que par leurs médecines, tandis que ceux-là « ramènent les épuisés et excite les courageux ». Marcusse cite également un passage de Galien dans lequel l'auteur parle de belles occasions que les médecins romains ont eu, dans les guerres germaniques, d'étudier l'anatomie sur les cadavres des barbares ; et déplore que, faute d'études préliminaires, les occasions aient été perdues. Enfin Végèce, dans son livre «*De re militari*», recommande aux officiers de remettre aux soins des médecins les soldats malades, dont l'état était principalement causé par l'*absorption d'eau corrompue*, et de *veiller à leur alimentation* : car, dit-il, *la maladie pendant la guerre est un grand inconvénient*.

On voit toute l'importance attribuée dès cette époque à la présence, auprès des troupes, de médecins exercés.

Du reste, tout ce qui a été publié jusqu'ici sur le service de santé auprès des légions romaines nous a permis d'avoir une connaissance exacte du fonctionnement médical dans le milieu militaire. Je rappellerai brièvement quelle était cette organisation. Les médecins de cohortes du grade de *principales*, c'est-à-dire sous-officier, étaient affectés au nombre de un par groupes de 7 cohortes, c'est-à-dire 750 hommes. Dans les légions ou troupes de ligne, on plaçait 21 médecins par légion. La légion se composait de dix cohortes ; pour chaque cohorte on comptait deux médecins ; et trois pour la cohorte de l'Aigle. Bien plus, nous trouvons dans le travail de Marcusse un détail qui n'est pas cité par les auteurs avant lui, et qui se rapporte à la description d'une formation sanitaire analogue à celle de nos brancardiers du service de santé. Dans un ouvrage de l'empereur Mauritius sur l'art de la guerre, on lit que dans la cavalerie, chaque bandon ou division composée de 200 à 400 hommes, comprenait 8 à 10 soldats éprouvés et solides, chargés de suivre la division à 200 m. environ pour relever les blessés et leur donner les premiers soins. Leur selle était munie du côté gauche de deux étriers pour permettre au blessé de se mettre en selle ; ils n'avaient à leur disposition aucun moyen de pansement, mais simplement des bidons remplis de boissons rafraîchissantes. On les appelait Deputati, et ils recevaient pour chaque soldat sauvé une pièce de monnaie.

Les ouvrages publiés de nos jours nous fournissent, comme on le voit, des renseignements assez précis sur la composition du personnel médical dans les corps de troupe de l'armée romaine. En revanche, jusqu'ici on ne savait pas grand'chose sur la façon dont étaient soignés les malades et blessés. Le travail du Dr Marcusse, auquel nous faisons ces emprunts, vient combler cette lacune. Tandis que dans les premiers temps de la République, l'histoire nous apprend que les blessés étaient transportés du champ de bataille derrière les rangs, et de là dans les camps, où ils étaient pansés et soignés sous leurs tentes par leurs camarades, où les généraux venaient les voir (Pline le Jeune), on trouve déjà, à l'époque de Trajan, une allusion officielle à des hôpitaux militaires. Hyginius, qui vivait à cette époque, indique exactement dans son ouvrage sur « la fortification des camps », l'endroit et les dimensions du Valetudinarium. Du reste, on ne portait dans le Valetudinarium que les soldats blessés dangereusement, tandis que ceux qui ne l'étaient que légèrement étaient soignés sous les tentes. Des fouilles entreprises dans une vieille cité thermale, à Baden, près Zurich, dont Tacite parle dans ses écrits, ont conduit à la découverte d'un hôpital complet du temps des Romains. On a trouvé dans la voie romaine qui était employée comme route militaire conduisant de Baden à Vindonissa, forteresse helvétique, construite dans l'angle formé par l'Aar et la Reuss, la maçonnerie parfaitement conservée d'un grand corps de bâtiment. « Dans chaque partie, dit Marcusse, on a recueilli une » grande quantité d'instruments de chirurgie et d'objets propres » aux soins des malades. Des monnaies retrouvées au même » endroit permettent de rapporter la date de cette construction » au temps des empereurs Claude, Néron et Domitien, c'est-à-» dire, au premier siècle après Jésus-Christ. Ces valetudinaria » étaient placés sous le commandement du préfet du camp, » qui avait sous sa responsabilité les soins donnés aux malades » et les dépenses qui en résultaient. Des employés subalternes » désignés sous le nom d'*Optimes valetudinari* s'occupaient » de tout ce qui concerne le service extérieur, tandis que les » soins des malades étaient confiés à des soldats commandés » à cet effet... On a même prouvé par des citations historiques » l'existence d'un employé à la pharmacie de l'hôpital. »

Ces citations ne laissent subsister aucun doute sur l'organisation officielle complète du service de santé dans les armées de l'Empire romain. Cette organisation s'étendait également à la marine, comme le prouvent des inscriptions trouvées sur des pierres et portant les noms des médecins attachés au service des trirèmes. Le caractère officiel des médecins ressort également du rang qui leur était attribué, des privilèges qui leur étaient accordés : affranchissement de la taxation pour l'entretien des gymnases, des temples, etc... Bien plus, ils avaient le droit de réclamer une indemnité si, pendant leur présence sur le champ de bataille, leurs affaires subissaient à cause d'elle quelque dommage.

On ne peut maintenant nier, d'après les très intéressants

travaux que nous venons d'énumérer, que l'idée de l'assistance aux blessés et malades militaires n'ait été la préoccupation des gouvernants dès la plus haute antiquité. Il ressort évidemment de cette étude que, si l'on compare le fonctionnement d'aujourd'hui à celui des temps anciens, on ne peut méconnaître que le progrès dans l'organisation du service de santé de l'armée a marché de pair avec ceux accomplis dans l'art de guérir. Mais on peut se demander si l'esprit qui a présidé à l'établissement de bases réglementaires de ce service a subi les modifications qu'il aurait dû présenter, étant donné les changements profonds qui ont eu lieu dans nos mœurs et dans notre état social. En un mot, peut-on dire que la position du médecin dans l'armée soit en rapport avec les modifications survenues dans notre état social : responsabilité plus grande de l'individu dans les armées modernes ; rôle plus prépondérant de l'initiative subalterne, considération plus notable de la dignité médicale. Nous ne le pensons pas, et nous croyons qu'aujourd'hui encore moins qu'autrefois, il ne doit pas être permis qu'un chef d'armée dise en parlant du médecin : *mon médecin*. Celui-ci n'est que l'homme de son devoir et de sa conscience. Sa profession ne peut exister sans son indépendance.

A. Demmler.

(D'après Marcusse, de Mannheim. *Militärarzt*).

MOTS DE LA FIN

Un asthmatique écrit à son médecin pour le prier de lui faire une visite ; il termine sa lettre par cette formule : « Agréez mes salutations très *oppressées*. »

(Marseille-Médical).

OUVRAGES REÇUS

— **Rapport général pour l'année 1902 sur les maladies contagieuses épizootiques**, par M. Monsarrat, vétérinaire départemental, Lille, Danel, 1903.

— **Quels sont au point de vue de la généralisation de la tuberculose les effets de la cure marine**, rapport du docteur F. Lalesque (d'Arcachon), Seitz, Bayonne, 1903.

— **Rapport au Comité central de vaccine du département du Nord**, par M. le docteur Oui, secrétaire-général, Lille, Danel, 1903.

— **Traitement des cardiopathies par le bain de Spa**, par le docteur Guilbaume, Bruxelles, 1903.

— **La marche de la science, le rôle du médecin, les progrès en médecine (explications, conceptions nouvelles), méthode et doctrine, leçon d'ouverture du cours de pathologie générale et comparée au Collège de France**, par le professeur A. Charrin, Paris, impr. de la *Semaine Médicale*, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

33e Semaine, du 9 au 15 Aout 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	20	12
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	3	6
2 à 5 ans	1	1
5 à 10 ans	1	1
10 à 20 ans	»	1
20 à 40 ans	5	8
40 à 60 ans	7	6
60 à 80 ans	9	11
80 ans et au-dessus	2	2
Total	55	53

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	10	3
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	4	»	»	»	»	»	4	14	8
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	8	»	»	1	1	»	»	»	»	1	14	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	11	»	»	»	»	»	»	»	»	5	22	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	11	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	1	7	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	4
Fives, 24,191 hab.	»	2	»	»	»	»	»	»	1	»	6	»	1	3	1	»	»	»	»	4	18	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4
Total	»	6	»	»	»	1	»	4	17	4	35	»	1	15	2	»	»	»	»	23	108	106

N° 346. Septième Année. N° 35 Le Numéro : **10** centimes 30 Août 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de maladie de Barlow (1)

Par le Docteur **E. AUSSET**
Professeur-Agrégé
Chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille.

Céline B..., âgée de treize mois, m'est conduite le 10 juin 1903 à l'hôpital de la Charité parce que, dit la mère, elle ne peut plus se servir de son bras gauche, qu'elle ne remue plus sa jambe gauche, et qu'elle pousse des cris déchirants dès qu'on veut la toucher.

La mère a eu sept enfants, une fausse couche il y a huit ans ; quatre enfants sont morts, l'un à vingt-et-un jours, l'autre à neuf mois de broncho-pneumonie, un troisième de rougeole à l'âge de deux mois. Le père et la mère sont en excellente santé.

Cette femme m'affirme que son enfant n'a fait antérieurement aucune maladie ; *elle l'a nourrie au sein* jusqu'à *il y a trois semaines,* mais avec adjonction de *panades,* de *soupes* au *pain bouilli.* Depuis trois semaines, lait bouilli et panades.

Or, *il y a deux mois* elle s'aperçut que son enfant commençait à moins bien remuer son bras gauche, elle souffrait quand on y touchait, quelques jours après c'est la jambe du même côté qui se prit, et bientôt l'enfant garda ses deux membres immobiles criant dès qu'on faisait mine d'y toucher. Un médecin consulté conseilla du phosphate de chaux.

Cette enfant est pâle, atrophique, avec un ventre énorme, le thorax aplati latéralement et prenant en bas une forme d'auvent de cheminée, avec un chapelet rachitique, des nouures épiphysaires aux poignets et aux tibias, une fontanelle antérieure encore très largement ouverte. Deux dents ; ne marche pas. Sueurs très abondantes, surtout à la tête et pendant le sommeil, constipation habituelle avec des crises de diarrhée glaireuse.

En examinant les membres de cette enfant je trouve au niveau de l'humérus gauche une énorme tuméfaction dure, nettement osseuse, faisant autour de l'os comme un véritable manchon, siégeant presqu'à la partie moyenne, empiétant cependant assez largement sur la partie inférieure, ayant presque doublé le volume de l'os à ce niveau mais lui ayant laissé sa forme normale. La douleur est intense et l'enfant crie et se débat dès qu'on la palpe. Il n'y a aucune mobilité anormale dans l'os. L'impotence fonctionnelle est à peu près absolue et si l'on lève le bras de

(1) Ce petit malade a été montré à M. le Professeur COMBEMALE, le 19 juin 1903, puis présenté à la Société de Médecine du Nord, dans sa séance du 10 juillet 1903.

cette enfant, il retombe immédiatement comme une masse inerte. Aucun changement de coloration de la peau.

A la jambe gauche, au niveau du tiers inférieur du tibia, je constate une tuméfaction siégeant sur la face interne et le bord antérieur de l'os, dure, osseuse, grosse comme une petite noix. Douleurs très-vives, impotence fonctionnelle aussi marquée qu'au bras. Pas de mobilité anormale. Peau intacte.

Au niveau du cubitus droit, tout à fait en haut, assez près de l'articulation, on sent que l'os est épaissi, mais il n'y a pas, à proprement parler, de tumeur osseuse comme pour les deux os précités. L'enfant remue son bras droit, mais elle semble moins habile qu'avant, dit la mère.

Sur tout le reste du squelette on ne constate aucune autre tuméfaction.

Pas de pétéchies. Rien aux gencives.

Le diagnostic s'imposait évidemment. Il ne pouvait être question d'autre chose que de la Maladie de Barlow, les tumeurs osseuses constatées étaient des hématomes sous-périostés. Je ne m'attarderai pas à discuter le diagnostic ; il est trop évident, et ce n'est pas en lui que réside surtout l'intérêt de cette observation. Cet intérêt est tout entier dans l'évolution des accidents et surtout dans la cause qui les ont produits, car à propos de ce cas se soulève plus que jamais la question de la nature scorbutique ou non de la Maladie de Barlow.

Bien entendu, je ne veux pas ici renouveler tous les arguments que j'ai donnés à plusieurs reprises déjà en faveur de la nature non scorbutique du syndrome de Barlow. Je me contenterai de faire ressortir les points les plus importants de l'histoire de cette petite malade qui sont en contradiction formelle avec tout ce que l'on observe au cours du scorbut.

Un des gros arguments, je dirai même l'argument capital, le plus impressionnant, celui qui semblait devoir donner tout à fait raison aux partisans de la théorie scorbutique, c'est la guérison des accidents par le traitement anti scorbutique, le jus de viande, le citron, etc., et la suppression des aliments supposés scorbutigènes. Il est juste de dire, en effet, que dans la plus grande majorité des cas, très rapidement l'enfant guérit *à la suite* de ce traitement. Je ne dis pas *par* ce traitement, car il convient de remarquer qu'en même temps qu'on donne du jus de citron, du jus d'orange, etc., on prescrit un régime bien réglé et on met l'enfant dans des conditions alimentaires et hygiéniques toutes différentes de celles qu'il avait auparavant.

Mais si l'on veut maintenant suivre l'évolution des accidents chez mon petit malade, on va assister à un tableau tout à fait spécial et qui mérite qu'on s'y arrête quelque peu :

Sacrifiant aux idées des partisans de la théorie scorbutique, mais surtout me disant que ce traitement ne pouvait nuire à l'enfant, je prescrivis du lait bouilli, du jus de citron, du jus de viande, et deux cuillerées à soupe de purée de pommes de terre par jour. Ce traitement fut commencé le 20 juin.

Le 24 juin, l'état est le même absolument ; l'enfant est très pâle, très déprimé.

Le 25 juin, l'impotence fonctionnelle persiste de la même façon à gauche. Il n'y a plus rien au bras droit. L'état général est toujours très mauvais. Jusqu'au 3 juillet je persiste dans cette thérapeutique et cela sans aucun résultat nettement appréciable. A partir de cette date, malgré les souffrances de l'enfant, je prescris un bain salé par jour d'une demi-heure de durée, des grands lavages intestinaux, tous les matins un centigramme de calomel ; je supprime la purée de pommes de terre, le jus de citron et je donne seulement deux cuillerées à soupe de jus de viande et du lait *bouilli*.

Je ne pouvais sans courir de trop gros risques chez une enfant déjà si malade donner du lait cru. J'ai bien regretté que la situation des parents, très pauvres, ne leur ait pas permis d'acheter un appareil Contant pour pasteuriser le lait ; j'aurais pu juger de l'influence sur le traitement de l'administration de ce lait encore vivant.

Quoiqu'il en soit le 8 juillet l'état général de l'enfant est moins mauvais, elle commence à remuer sa jambe, le bras gauche est toujours immobile et inerte. Les hématomes sous-périostés ont très notablement diminué.

Le 10 juillet, jour où je présente ma petite malade à mes collègues de la Société de Médecine, dont M. le professeur Combemale qui l'avait vue le 19 juin, les hématomes sous-périostés sont encore relativement gros, mais ils sont diminués de plus de la moitié ; l'état général va toujours se remontant.

Le 11 juillet, je supprime le jus de viande, le calomel et je laisse l'enfant avec six biberons de cent cinquante grammes de lait bouilli pour les vingt-

quatre heures ; à continuer les lavages intestinaux avec un gramme d'hyposulfate de soude par litre d'eau et les bains salés.

Le 17 juillet, la petite malade va bien, elle redevient gaie, elle remue bien sa jambe, le bras gauche commence à exécuter des mouvements, mais elle crie encore dès qu'on y touche ; l'hématome huméral est encore très accentué, celui de la jambe est presque disparu.

Le 20 juillet, l'enfant n'est pas encore tout à fait guérie, mais on peut affirmer que cette guérison n'est plus qu'une question de quelques jours. On sent encore à la jambe un ressaut osseux à l'endroit de l'hématome, mais les mouvements s'exécutent parfaitement et sans douleur. Au bras, on sent encore l'hématome, l'enfant ne remue pas volontiers et pleure encore, mais quand on la pince elle retire son bras et si on le soulève il ne retombe plus comme une masse, ainsi qu'il le faisait auparavant.

Eh bien, est-ce ici le traitement par les anti-scorbutiques qui a amené la guérison ? Je pense que non et tout le monde sera de mon avis. En revanche la désinfection intestinale, l'excitation de la nutrition par la balnéation salée, la réglementation des repas au lait *bouilli*, la suppression des panades ont fait disparaître des accidents qui s'éternisaient, menaçaient la vie de l'enfant qui allait en s'affaiblissant de plus en plus, et dont l'état général ne s'est remonté qu'à partir du jour où j'ai nettement abandonné le traitement anti-scorbutique, à partir du 3 juillet. On m'objectera qu'à partir de cette date j'ai cependant encore donné du jus de viande. On ne peut attribuer l'amélioration progressive de l'enfant à ce jus de viande puisqu'elle en prenait depuis le 19 juin avec, en plus, de la purée de pommes de terre et du jus de citron, et cela sans aucun résultat, et que, d'autre part, ce jus de viande supprimé le 11 juillet, l'amélioration a continué de progresser jusqu'à la guérison complète.

Voilà un fait qui, je le pense, n'est guère en faveur de la théorie de ceux qui s'appuient sur l'efficacité du traitement anti-scorbutique du syndrome de Barlow.

M. Netter, dans plusieurs communications, a accusé le lait stérilisé de produire la maladie de Barlow. Il prétend que le surchauffage du lait détruit les éléments anti-scorbutiques contenus dans le lait.

Je suis de l'avis de M. Netter quand il dit que le surchauffage du lait l'altère profondément et c'est justement pour cela que, tout en rendant hommage aux grands progrès qu'il a fait faire à l'allaitement artificiel, je ne puis que lui préférer le lait pasteurisé, rendu très pratique grâce au procédé « Contant » lait pasteurisé qui laisse intact ou à peu près la composition chimique et biologique du lait. Mais, malgré cela, je ne puis admettre que ce soit le lait stérilisé qui produise la maladie de Barlow.

Notre petite malade était *encore au sein* quand sont apparus chez elle les premiers accidents.

C'est encore là une nouvelle preuve que le syndrome de Barlow n'est pas de nature scorbutique. Le scorbut est produit par la privation prolongée d'aliments frais. M. Netter et d'autres auteurs disent : le lait stérilisé n'est plus un aliment frais, c'est un aliment altéré, assimilable aux conserves, d'où le *scorbut* infantile chez les enfants ainsi nourris.

Est-ce que ma fillette était privée d'aliments frais ? On guérit les scorbutiques infantiles, nous dit-on, en leur donnant du lait *cru*. Mais ma petite malade prenait du lait *cru* au sein de sa mère ; c'était un aliment *frais* par excellence.

Mais, nous objecte alors M. Netter, c'est que le lait de certaines femmes doit être particulièrement pauvre en matériaux anti-scorbutiques. Or, d'après lui, c'est l'acide citrique qui serait par excellence le principe anti-scorbutique du lait ; comme le surchauffage amène des modifications dans la quantité et peut être dans la qualité des citrates alcalins du lait, il en conclut que ce sont ces modifications qui rendent alors le lait scorbutigène. Dans les cas où les enfants étaient allaités au sein, M. Netter *suppose* que le lait de la mère devait présenter des modifications analogues.

Ce sont là, à la vérité, de pures hypothèses, mais ce qui n'est pas une hypothèse, c'est le rôle que jouent les citrates alcalins du lait. Comme l'ont parfaitement démontré MM. Vaudin, Corbette et Briot, le rôle de ces sels est *purement physique* ; ils agissent surtout sur le phénomène purement physique de la coagulation. On sait que dans le lait existe une certaine quantité de phosphate de chaux, dont une partie est en dissolution et l'autre non point en suspension, mais plutôt à l'état colloïdal ; la présence de ces sels de chaux *solubles* est nécessaire pour la coagulation de la caséine, or ce sont justement les citrates alcalins du lait qui, grâce à l'action adjuvante du lactose, maintiennent le phosphate de chaux en solution dans le lait et par suite facilitent la coagulation de la

caséine, coagulation qui, comme je l'ai dit, ne peut se faire que s'il existe des sels de chaux solubles.

Au reste, la mère de ma petite malade ne doit pas avoir un lait susceptible de produire le scorbut puisque tous ses autres enfants furent élevés au sein et qu'aucun ne présenta le syndrome de Barlow. Il faut donc chercher *ailleurs* la cause des accidents présentés par son enfant. — Où alors ? Je le demande instamment aux partisans de la théorie scorbutique. Elle ne prenait que le lait de sa mère et du pain bouilli. Je ne sache pas que le pain soit considéré comme un aliment scorbutigène.

En revanche cette enfant est une grande rachitique. Et, encore une fois, j'attribue ici les accidents hémorrhagiques osseux qu'elle a présentés à du *rachitisme hémorrhagique*. Je ne me laisse pas impressionner par l'objection qu'on m'a fait ailleurs à savoir que ces accidents guérissent assez vite, alors que le rachitisme subsiste. Je réponds que quand un enfant fait une rougeole, une fièvre typhoïde, une scarlatine hémorrhagiques, si on le guérit de ces complications hémorrhagiques, cela se fait assez vite, ce qui n'empêche pas que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde continuent leur évolution.

En résumé, le cas que je viens de relater me paraît des plus probants contre la théorie scorbutique de Barlow : 1° par ce fait que l'enfant n'était pas privé d'aliments frais, condition primordiale de l'apparition du scorbut ; 2° parce qu'il n'a pas guéri *par* le traitement antiscorbutique ; 3° parce qu'il a commencé à s'améliorer et qu'il a enfin guéri grâce à une hygiène alimentaire rigoureuse et à de l'antisepsie gastro-intestinale.

Recherches sur la phlébite traumatique à distance, sur le mécanisme de la pyohémie et sur son traitement

par M. le docteur **J. Parise**,
professeur à l'École de Médecine de Lille.

(Deuxième article, voir le numéro du 16 août 1903)

Règles à suivre pour la recherche d'une méthode prophylactique de la pyohémie.

Pour la solution de ce problème il y a certaines conditions dans lesquelles il faut absolument se placer.

La première des conditions c'est évidemment d'expérimenter dans un milieu où règne l'agent phlébitigène. Car dans un milieu sain *in aere sano*, tous les moyens sont bons, tous réussissent ; les plus grandes blessures ou opérations guérissent seules. Des milliers de faits recueillis dans ces conditions ne prouveraient rien en faveur de la méthode expérimentée. Que dirait-on d'un préservatif du choléra essayé loin de l'épidémie ?

Malheureusement les circonstances favorables ne se présentent que trop souvent dans nos services hospitaliers. Encore faut-il se tenir en garde contre certaines causes d'erreurs ; on voit quelquefois l'influence pyohémique disparaître presque subitement d'une salle infectée, sans que l'on puisse invoquer aucune cause appréciable de ce changement. Il en est ainsi de la plupart des épidémies. Je pourrais citer des exemples frappants de cette disparition subite de la pyohémie puerpérale, si voisine de la pyohémie traumatique. On verra alors tous les moyens expérimentés réussir, et la conclusion sera fausse.

Est-ce à dire qu'il faille, pour s'assurer de la persistance de l'infection du milieu, sacrifier pour ainsi dire un opéré en le privant d'un moyen préservatif que l'on croit bon ? Cela n'est heureusement pas nécessaire, il y a presque toujours dans une salle de chirurgie quelques blessés qui, pour diverses raisons, n'ont pas été soumis à la médication prophylactique, et qui serviront de contre-épreuve.

Il y a encore une cause d'erreur qu'il faut savoir éviter ; je professe que l'agent phlébitigène ne s'introduit que par la plaie saignante, c'est-à-dire dans les premières heures de son existence. Que l'on ampute un blessé, qui a séjourné dans un milieu infecté, 6, 12, 24 heures, et qu'il succombe à la pyohémie, alors que l'on a employé la méthode préservatrice, cet insuccès ne prouvera rien contre elle, car on pourra objecter que déjà, avant l'opération, le miasme phlébitigène avait pénétré dans le sang.

Les cas les plus simples, ceux qui n'offrent aucune prise à la controverse, les plus probants, sont les opérations pratiquées pour les lésions chroniques, l'amputation pour une tumeur blanche, par exemple.

Telles sont les conditions dans lesquelles je me suis placé au début de mes recherches d'un moyen prophylactique de la pyohémie.

Méthode prophylactique de la Pyohémie

Il résulte de mes recherches sur la phlébite à distance :

1° Que la pyohémie est l'effet de la phlébite ;

2° Que la phlébite est produite par un agent ou miasme phlébitigène qui s'introduit dans les veines et les enflamme ;

3° Que cet agent ne pénètre que par une plaie saignante et surtout pendant l'opération.

4° Qu'il n'est plus à craindre lorsque la suppuration est établie si déjà il n'est introduit et en état d'incubation dans les veines.

De ces propositions il est facile de déduire la méthode. Que faut-il trouver ?

1° Un agent qui détruise le miasme phlébitigène, avant qu'il ne s'introduise dans le sang par la plaie saignante, ou tout au moins qui l'empêche de pénétrer en lui en fermant l'entrée.

Or, le miasme n'ayant pu jusqu'ici être saisi et traité par les réactifs, il est impossible de déterminer par quel moyen il peut être détruit.

Mais il semble plus facile d'agir sur la plaie et de la modifier de telle sorte qu'elle s'oppose à la pénétration du miasme.

2° Il faut un procédé qui permette d'agir immédiatement sur la plaie au moment même où elle est faite, et jusqu'à ce qu'elle se couvre d'une barrière infranchissable de bourgeons charnus.

Tel est l'ensemble de la méthode.

Quant aux moyens, ils peuvent varier ; j'ai employé le perchlorure de fer à l'exemple de M. Bourgade, l'acide phénique préconisé par Lemaire, avec peu de succès.

J'ai choisi le sulfate d'alumine en solution concentrée ; j'ai supposé qu'il pouvait bien, en raison de sa propriété coagulante de l'albumine, détruire le miasme, et je ne doutais pas qu'il ne pût, en tannant les tissus, s'opposer à son absorption. De plus il n'a pas d'odeur désagréable comme l'acide phénique ; il n'est pas assez caustique pour nuire à l'opéré ni au chirurgien ; il n'altère pas trop les instruments ; son bas prix permet de l'employer largement.

Voici comment je procède : la solution de sulfate d'alumine se prépare en versant de l'eau chaude sur le sel réduit en poudre ; on s'assure qu'elle est saturée quand il reste au fond du vase une certaine quantité de poudre non dissoute. Il faut en avoir plusieurs cuvettes.

Soit une amputation de jambe, tout étant disposé comme à l'ordinaire, un ou deux aides armés de grosses éponges, imbibées de la solution alunée, arrosent continuellement les instruments, les doigts du chirurgien, la surface de la plaie, au moment même où elle est faite. L'opération se fait, pour ainsi dire, sous l'eau. Quand le chirurgien écarte les chairs, soulève un lambeau, il se produit une tendance au vide, l'air s'y précipite entraînant avec lui les miasmes qu'il contient. Ceux-ci, lorsque le lambeau retombe, restent enfermés dans les mailles du tissu cellulaire qui le double.

Indépendamment de la chute de la solution d'alun, l'aide ou le chirurgien lui-même applique l'éponge alunée sur la surface de section, afin qu'aucun point n'échappe à son action.

Si le chirurgien opère dans une cavité profonde, s'il fouille l'aisselle par exemple pour en extraire des ganglions indurés, l'éponge ne suffit plus, le liquide préservateur doit être injecté.

Si l'on n'a pas employé la compression élastique il faut lier les vaisseaux à mesure qu'on les coupe, car le sang qui se coagule à la surface opératoire, y forme une couche noirâtre, assez adhérente, qui en masque l'aspect.

Dans tous les cas, il est non seulement très important de lier tous les vaisseaux principaux, artères et veines, mais encore les artérioles ou veinules que l'on peut apercevoir. Je n'ai jamais vu de phlébite sur une veine liée dans une amputation.

Pansement. — Des plumasseaux de charpie imbibés de la solution alunée sont appliqués sur toute la surface de la plaie ; les lambeaux sont ramenés par dessus ; et le moignon est couvert des mêmes plumasseaux formant une couche assez épaisse maintenue par une bande.

Quelquefois avant d'appliquer la charpie alunée je mets sur la surface de section de l'os, une couche mince d'amadou ou de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Quelquefois, pour éviter le retrait des lambeaux, je les maintiens par un ou deux points de suture.

Il se fait un suintement séreux ou séro-sanguinolent assez abondant les 4 ou 5 premiers jours. A moins que je n'y sois forcé par l'odeur qui s'en exhale, je ne lève le pansement qu'au bout de 6 ou 8 jours.

J'ai pu le laisser, dans mes premières expériences, 15 ou 18 jours, mais j'ai pensé que cela n'était nullement nécessaire ; il suffit que la suppuration soit établie : je l'enlève donc du 6e au 8e jour et même un peu plus tôt. Dans ce cas, je n'ôte que ce qui se déta-

che facilement, laissant la suppuration entraîner le reste après l'avoir imbibée d'eau-de-vie camphrée.

Pour les pansements suivants je me borne à quelques gâteaux de charpie imbibés d'eau-de-vie camphrée, ou d'alcool.

Les suites de l'opération sont des plus simples ; la douleur n'est pas plus vive ni plus durable que dans les procédés ordinaires ; il n'y a presque pas de fièvre. La cicatrisation peut être un peu plus longue à obtenir que dans les cas ordinaires. Mais la différence fût-elle plus grande, que cela n'aurait pas une grande importance. Ce qu'il importe d'obtenir c'est la conservation de la vie de l'opéré.

Résultats obtenus. — Pour les motifs énoncés plus haut, je distingue les opérations pratiquées à l'hôpital Saint-Sauveur, en plein foyer pyohémique, et celles qui ont été pratiquées en ville, hors de l'hôpital.

Opérations pratiquées à l'hôpital : amputation de cuisse ; amputation de jambe ; amputation du bras ; amputation du sein ; résection du tibia très étendue ; opérations pratiquées hors de l'hôpital : amputation de cuisse, 2 ; amputation du sein et des ganglions axillaires.

Tous ces opérés ont guéri à l'exception d'un seul, c'est un jeune homme de 22 ans, amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou, dans mon service, par M. Folet, professeur-adjoint. Je n'assistais pas à l'opération, mais elle fut faite selon les règles que j'ai indiquées plus haut. La seule circonstance à noter c'est qu'il survint une hémorrhagie assez inquiétante pour obliger à enlever le pansement le 2e jour ; qu'il fallut chercher la source de l'hémorrhagie, laquelle était fournie par une artère musculaire ; et que celle-ci dut être liée.

L'opéré alla bien jusqu'au 11e jour où la fièvre, les frissons, etc., se montrèrent ; il succomba le 20e jour.

La pyohémie était due à une phlébite à distance du plexus vésico-prostatique.

Je suppose que la phlébite à distance dont la manifestation tardive n'a eu lieu que le 11e jour, doit être rapportée à la recherche de l'artère fournissant l'hémorrhagie, ou bien à ce que la veine satellite de cette artère n'avait pas été liée pendant l'opération ; nouvelle preuve de l'importance extrême qu'il y a de lier tous les vaisseaux veineux, même les plus petits, que l'on peut apercevoir à la surface de la plaie.

Quelle que soit la cause de ce fait malheureux, les résultats fournis par la méthode sont assez brillants pour montrer que là est la voie qui conduira à la prophylaxie de l'infection purulente.

Il reste à perfectionner les procédés.

Car mon procédé laisse beaucoup à désirer. Il n'est pas applicable dans un grand nombre d'opérations : toutes celles qui doivent être suivies de la réunion immédiate ; celles qui se pratiquent sur le péritoine, l'ovariotomie, etc.

L'idéal serait un liquide ou un gaz, capable de détruire sur place le germe morbide, sans mettre en péril la vie de l'opéré, sans empêcher la réunion immédiate.

En attendant cet idéal, la solution d'alun ou quelque autre liquide analogue, employé selon les règles que j'ai formulées donne des résultats assez beaux pour qu'elle soit adoptée par les chirurgiens.

OBSERVATIONS

Note. — *De nombreuses observations accompagnaient ce travail. Les citer toutes intégralement augmenterait beaucoup le volume du mémoire sans ajouter à son intérêt, car cela amènerait des répétitions inutiles. J'ai pensé qu'il valait mieux présenter un certain nombre d'observations typiques ou intéressantes par certaines particularités.*

On trouvera donc successivement :

1o quelques faits de phlébite de voisinage (observations de I à V).

2o un exemple de phlébite de voisinage et de phlébite à distance chez le même sujet (observation VI).

3o Un certain nombre d'observations de phlébites à distance (observations de VII à XIV).

L. D.

A. — Phlébites de voisinage

Observation I. — *Fracture de la jambe gauche compliquée de plaie. — Infection purulente. — Phlébite des veines tibiales et péronières gauches.* — Le nommé Henri P..., mécanicien, âgé de 20 ans, entre à la salle St-Charles, lit no 2, le 26 octobre 1868. En faisant tourner une roue de locomotive il a reçu un choc violent sur la jambe gauche le 21 octobre.

La jambe gauche vers le 1/3 inférieur montre une plaie contuse large de 6 centimètres et longue de 10 centimètres avec décollements, qui ont nécessité deux contre-ouvertures ; l'une en avant, l'autre en dedans près de la malléole interne. La face antéro-interne du tibia est dénudée sur une étendue de 6 centimètres.

La jambe est mise en gouttière avec des applications émollientes.

Pendant quelques jours état satisfaisant.

Le 6 novembre, 12e jour de son entrée à l'hôpital, 16e jour après l'accident, éclatent successivement 2 grands frissons : le 1er vers 4 1/2 heures du soir, qu

dure deux heures ; le second vers minuit, qui se prolonge jusqu'à 4 heures du matin.

Le 7 novembre, nouvel accès, chaleur intense, pouls 110, sueurs profuses d'une heure et demie de durée, suivies de quelques vomissements. L'accès terminé le malade est anéanti, le teint pâle, plombé. L'appétit est presque nul.

On lui prescrit du sulfate de quinine à haute dose.

Le 8 novembre, la température est peu élevée, il n'y a pas de frisson, mais le pouls est très fréquent (130), irrégulier. La plaie devient blafarde grisâtre. La jambe est tuméfiée.

Le 9, pas de frisson. Pouls 120. Le blessé se plaint de douleurs à l'épaule gauche. Il n'y a pas de gonflement, mais la pression en est douloureuse.

Le 10. La nuit a été calme. Vers 9 1/2 heures du matin violent accès fébrile (frisson, chaleur, sueur) qui dure jusqu'à midi. Les bourgeons de la plaie sont œdémateux et donnent peu de pus. Le genou correspondant est gonflé et douloureux.

La mort survient le 11 novembre, à huit heures du matin.

A l'autopsie, on trouve du pus dans les deux articulations scapulo-humérales, de la sérosité en abondance dans le genou gauche et plusieurs noyaux purulents dans les poumons. Les veines tibiales et péronières du côté gauche ont leurs parois épaissies et sont remplies de pus.

Cette observation représente un type de phlébite directe : Les premiers frissons se montrent le 16e jour de la blessure, la mort arrive le 22e jour qui suit l'accident.

Voici en peu de mots quelques faits analogues :

Femme de 20 ans, fracture de jambe compliquée de plaie. 1er frisson le 12e jour, mort le 22e jour de la blessure, — phlébite des veines tibiales.

Femme de 42 ans, fracture des deux os de la jambe compliquée de plaie. 1er frisson le 9e jour, mort le 21e jour de la blessure. — Peu de nodules pulmonaires suppurés. — Nombreux abcès articulaires. — Phlébite des veines tibiales et péronières.

Observation II. — *Amputation de la jambe par le fer rouge. — Pyohémie, phlébite directe. — Mort le 15 mars 1869.* — Amputation par le fer rouge à la partie moyenne de la jambe gauche. Pyohémie bien caractérisée par les frissons et par l'existence de suppurations multiples dans les deux poumons et le foie. Dans les poumons, nombreux noyaux de pneumonie purulente du volume d'un pois à celui d'une noix et plus. Ce n'était pas des abcès bien formés mais bien des pneumonies lobulaires suppurées.

Dans le foie un grand nombre d'abcès fort petits, plus de 30, disséminés dans le centre de l'organe ; un seul à la surface ; plusieurs se voient accolés à une veine sus-hépatique incisée. Mais rien dans ces veines elles-mêmes.

Rien dans les reins, la rate, les grandes articulations ; rien dans les principales veines éloignées du membre amputé.

Phlébite. — La veine iliaque primitive incisée la première est saine ; il en est de même de la portion voisine, l'iliaque externe ; celle-ci ne renferme pas de caillots, mais bien une sorte de sang à demi coagulé évidemment mêlé à du pus. En comprimant doucement de bas en haut à partir de la cuisse, on voit du pus sanieux un peu rougeâtre, puis grisâtre couler abondamment dans l'iliaque externe, ce qui explique le nombre des accès fébriles, et la mort rapide de l'opéré empoisonné par la quantité énorme de pus qui a dû être versée dans son sang.

Les veines crurale et poplitée sont pleines de pus liquide. Recherchant alors le point de départ de cette phlébite, j'ai disséqué avec soin les veines du moignon: les veines saphène interne et saphène externe sont saines et oblitérées par des caillots adhérents vers la surface de section.

Il en est de même de la péronière et des deux tibiales postérieures dans une étendue de 8 à 9 centimètres à partir de la section, ainsi que d'une des deux tibiales antérieures.

Mais l'une des tibiales antérieures est pleine de pus dans toute sa longueur à partir de la section, où elle n'est pas oblitérée.

C'est elle qui bien évidemment a été le point de départ de la phlébite suppurative qui a envahi le membre.

Cette veine tibiale antérieure emflammée a conduit l'inflammation dans la poplitée, la crurale et l'iliaque externe. Mais outre son trajet ascendant et suivant le cours du sang, l'inflammation a suivi une marche rétrograde en envahissant de haut en bas l'une des tibiales postérieures et une petite portion de la péronière. C'est par le même mécanisme qu'un grand nombre de veines collatérales des diverses veines enflammées ont été prises, telle que plusieurs veines musculaires qui, nées des muscles antérieurs de la jambe, se jettent dans la tibiale. Les veines des jumeaux et du soléaire, les veines articulaires, toutes ces veines sont pleines de pus dans une grande étendue jusque dans leurs ramifications dans les muscles où elles forment des petites grappes de grains purulents qui ne sont que des veinules pleines de pus.

L'inflammation partie d'une de ces veines avait suivi la branche de communication avec la saphène interne jusqu'à celle-ci qui était envahie dans l'étendue d'un centimètre au niveau du point de communication, preuve bien évidente que le processus inflammatoire avait suivi la voie rétrograde indiquée.

Plusieurs autres veines qui se jettent dans la fémorale contenaient aussi du pus dans une petite portion de leur longueur au point où elles rejoignent la veine principale.

Toutes ces veines ne contiennent que du pus grisâtre ou blanchâtre, ou rougeâtre. Il n'y a d'oblitération sur aucun point de leur longueur. Leur surface interne est purulente. Mais on n'y voit pas de pseudo-membrane. Elles ne sont pas enflammées.

Os. — Les os du moignon, et les veines qui en naissent sont examinées attentivement. Les os ont subi l'atrophie interstitielle et totale.

Le tibia se coupe très facilement à son extrémité

supérieure, laquelle est infiltrée de graisse. Le canal médullaire est très agrandi aux dépens de ses parois qui sont amincies ; le tissu médullaire est un peu mou mais non enflammé et non infiltré de pus ni de sang. Vers la surface de section de l'os la moelle forme un champignon long d'un centimètre, lequel est dur, d'un aspect brunâtre, comme infiltré de sang. Cette disposition s'étend en diminuant à un centimètre dans le canal médullaire. La veine médullaire, volumineuse, est très saine.

Le périoste de l'os n'offre rien de particulier si ce n'est vers l'extrémité de l'os où il est détruit ou détaché dans l'étendue d'un centimètre et demi environ.

Le péroné ne présente rien de particulier si ce n'est l'atrophie correspondante à celle du tibia. Il n'y a pas de trace de phlegmon diffus ni sous la peau, ni entre les muscles, ainsi qu'on aurait pu le craindre en raison d'un peu de gonflement et de sensibilité du moignon jusqu'au genou.

Voici une infection purulente classique due à une phlébite classique aussi. Celle-ci est survenue malgré l'emploi du fer rouge. Cette méthode sur laquelle je fondais de grandes espérances est-elle impuissante ? ou bien faut-il admettre qu'elle n'a pas été employée avec assez de soins ? Il faut d'abord remarquer que je n'ai pu couper toutes les chairs et particulièrement les vaiseaux avec le fer rouge ; qu'après avoir coupé la peau, le tissu graisseux et la plus grande partie du muscle, me trouvant arrêté par les tendons et surtout par la crainte de l'hémorrhagie secondaire si je persistais à ne pas lier les vaisseaux, j'ai abandonné le fer rouge pour couper les muscles jusqu'à l'os; j'ai lié les vaisseaux avec un fil d'argent ; et j'ai scié les os. Puis reprenant le fer rouge j'ai cautérisé fortement toutes les surfaces de la plaie, à l'exception de celle des os ; celles-ci n'ont pas été touchées isolément, mais craignant de laisser ces sections osseuses à l'état de surfaces cruentées, je les ai couvertes d'une rondelle d'amadou imbibée de perchlorure de fer que j'ai laissée au fond de la plaie afin que rien ne pût échapper à la cautérisation.

Cependant malgré ces précautions j'ai omis de saisir dans ma ligature une des deux veines tibiales antérieures avec l'artère du même nom, ainsi que j'ai soin de le faire dans les amputations ordinaires. Je suis convaincu que c'est par cette veine qui a échappé à la ligature et à la cautérisation que la phlébite aura débuté et se sera rapidement étendue vers la partie supérieure; ce qui me le fait admettre c'est que dès le 3e jour l'amputé a accusé de la douleur à la partie antérieure de la jambe et qu'il s'est montré un peu de gonflement au dessous de la tubérosité externe du tibia, là où j'ai trouvé les petites veines collatérales de la tibiale antérieure pleine de pus. L'état sain des autres veines du moignon m'a fait croire qu'il doit en être ainsi.

Il n'y avait donc pas lieu de condamner pour ce seul fait la méthode de l'amputation par le cautère.

Il faut remarquer aussi que je n'ai pas employé seulement le cautère actuel, mais que j'ai terminé par le pansement au perchlorure de fer à la manière de M. Bourgade, et que cette méthode se trouverait condamnée du même coup.

J'avais pensé que la phlébite avait commencé par l'ostéo-myélo-phlébite et que de là, elle avait envahi les veines du membre.

C'est dans cette pensée que j'avais songé à désarticuler le moignon au genou, dans le but de supprimer ainsi la cause de la pyohémie. Mais l'incertitude du diagnostic, et la rapidité du développement des accidents m'en ont empêché ; l'autopsie a démontré que cette opération eût été effectuée en pure perte.

L'intensité, la rapidité des accidents pyohémiques s'expliquent aisément par l'étendue de la phlébite et par la masse de pus qui était versée dans la circulation. (*A suivre*).

Congrès de Neurologie de Bruxelles

Maurice Faure, de Lamalou (Hérault).— **Pathogénie et pronostic du Tabès.** — La syphilis n'exerce pas, sur la genèse et l'évolution du tabès, l'influence exclusive, qu'on a cru pouvoir lui attribuer. D'autres infections, d'autres intoxications, ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations ont droit, comme elle, à une part de responsabilité. On peut dire que si la très grande majorité des tabétiques est antérieurement syphilitique, les accidents du tabès n'apparaissent souvent chez eux qu'à l'occasion d'autres infections et d'autres intoxications.

Le tabès est très rare chez les femmes, et relativement fréquent chez les officiers et chez les israélites. Presque tous les tabétiques sont des gens très actifs physiquement et intellectuellement, chez qui le surmenage est habituel.

Sans tenir compte des traitements suivis, on peut dire que, dans 60 pour cent des cas, le tabès s'arrête dès les premiers symptômes, ou évolue avec une telle lenteur, que la vie du malade en est à peine diminuée. C'est dans 30 pour cent des cas seulement, qu'il peut porter le nom de progressif, et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique. Il évolue alors, selon les descriptions classiques, en sept années environ. Cinq pour

cent des tabétiques guérissent d'une façon complète cliniquement. Un nombre égal, 5 pour cent, subit, au contraire, une évolution rapide et fatale, avec fièvre et signes infectieux. C'est une forme fébrile du tabès, qui n'a pas encore été décrite, et qui dure quelques mois, ou à peine un à deux ans.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le comble du diagnostic

Un maître charlatan de Munich du nom de Weselmann, a fait paraître, dans une petite feuille locale, l'annonce suivante, reproduite à titre de curiosité, par la *Munchener Allgemeine Zeitung.* :

« Je lis toutes les maladies dans les yeux ! L'œil n'est pas seulement pour moi le miroir de l'âme, mais aussi le miroir du corps ; j'y lis toute l'histoire de la maladie du client. Je n'ai besoin ni d'ausculter, ni de percuter ; d'un simple coup d'œil, je vois ce qui manque au malade et où il en est de sa maladie. Non seulement je reconnais ainsi les maladies présentes, mais je découvre celles qui ont existé il y a dix ou vingt ans ; je prévois celles qui sont en germe et qui menacent d'éclater dans un temps donné. Je sais aussi, par la simple inspection des yeux, nommer les poisons que le malade a avalés autrefois ou récemment. Que chacun vienne donc se convaincre par lui-même de la réalité de ce que j'avance. »

(*Le Scalpel*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Agrégation

Un arrêté ministériel décide qu'une nouvelle place d'agrégé, comprise dans la section de chirurgie et accouchements (chirurgie) sera mise au concours et réservée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Récompenses accordées aux vaccinateurs pour l'année 1902

Nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs la liste des récompenses décernées par le **Comité central de Vaccine**, dans sa séance du 27 août dernier.

Médaille d'or

M. JACQMARCQ, docteur, à Loos.

Médailles de vermeil (1re classe)

M. MARQUIS, docteur, à Avesnes; M. DEWINGLE, docteur, à Saint-Hilaire ; M. TISON, docteur, à Avesnes-lez-Aubert ; M. LEGRAIN, médecin, à Raimbeaucourt; M. PASCALIN, docteur, à Saint-Pol-sur-Mer; M. SMAGGHE, docteur, à Hazebrouck; M. VANSTEENBERGHE, docteur, à Lille; M. LEPOUTRE, docteur, à Roubaix; Mme MARTIN, sage-femme, à Lille; M. GOSSELET, docteur, à Lille; Mme NOMBALEZ, sage-femme, à Lille; M. VALLÉE, docteur, à Anzin ; M. TAUCHON, docteur, à Valenciennes.

Rappels de médailles de vermeil (1re classe)

M. DELHAYE, médecin, à Solesmes; Mme ROUSSEL, sage-femme, à Douai ; M. WARTEL, docteur, à Nomain; Mme GUILBERT, sage-femme, à Halluin; Mlle DUJARDIN, sage-femme, à Armentières.

Médailles de vermeil (2e classe)

M. FRÈRE, docteur, à Le Quesnoy; M. LOUBRY, médecin, à Villers-Guislain; M. POLLET, docteur, à Douai ; M. RYCKELYNCK, médecin, à Rosendael ; M. DECANTER, médecin, à Boeschèpe; M. BERNARD, docteur, à Roubaix ; Mme BEULENS, sage femme, à Roubaix ; Mme GALLET, sage-femme, à Lille ; M. LARTISIEN, docteur, à Denain.

Médailles d'argent (1re classe)

Mme SORLIN, sage-femme, à Hautmont; Mme MATHIEU, sage-femme, à Hautmont; Mme FOUCART, sage-femme, à Maubeuge; M. LECOCQ, docteur, à Villers-sire-Nicole; M. DELTOUR, médecin, à Cousolre; Mme CANION, sage-femme, à Maubeuge; Mme GOUBET, sage femme, à Iwuy ; Mme MARLIÈRE, sage-femme, à Cambrai; M. PLUVINAGE, médecin, à Marcoing ; Mme MANFROY, sage-femme, à Le Cateau ; M. THIÉRY, docteur, à Orchies ; Mme DEMINAL, sage-femme, à Somain; M. HOURIEZ, docteur, à Lallaing; M. VALLÉE, médecin, à Pecquencourt ; M. WEMAERE, docteur, à Wormhout; M. DURIAU, docteur, à Dunkerque; M. TANCHE, médecin, à Armbouts-Cappel ; M. RUYSSEN, docteur, à Dunkerque ; M. BEYAERT, médecin, à Loon-Plage ; M. NEVEJAN, docteur, à Ghyvelde ; M. VASSEUR, médecin, à Arnèke ; M. BRUNET, docteur, à Steenbecque ; Mme AERNANT, sage femme, à Roubaix ; M. DRUESNES, docteur, à Roubaix ; Mme CAU, sage-femme, à Roubaix ; M. VERHAEGHE, docteur, à Lille; M. VINCENT, médecin, à Mouvaux ; Mme DESPLANQUES, sage-femme, à Tourcoing ; M. PARMENTIER, docteur, à Lannoy; M. DESCARPENTRIES, médecin, à Pérenchies; M. BIGO, docteur, à Haubourdin ; M. DESMONS, docteur, à Ronchin ; Mme DELAHOUSSE, sage-femme, à Tourcoing; M. JULIEN, docteur, à Tourcoing ; M. CHRISTIAENS, docteur, à Lille ; M. BERTIN, docteur, à Lille ; M. D'HOUR, docteur, à Lille ; M. DUPRÉ, docteur à Wattrelos ; Mme DENAL, sage-femme, à Lille ; Mme COOLS, sage-femme, à Lille ; M. GÉRARD, docteur, à Lille; Mme SAUVAGE, sage-femme, à Lille ; Mme DEKKER, sage-femme, à Lille ; M. WARTEL, docteur, à Lys-lez-Lannoy ; M. HOUZÉ, docteur, à Douchy ; Mme LEFEBVRE, sage-femme, à Mortagne ; Mme POULLE, sage-femme, à Denain ; Mme GALAND, sage-femme, à Marquette ; Mme FACHE, sage-femme, à Hasnon.

Rappels de médailles d'argent (1re classe)

M. BLOND, médecin à Merville ; Mme PLANQUE, sage-femme à Armentières ; M. DECLERCQ, docteur à Lille; Mme CRESSENT,

sage-femme, à Lille; Mme Clos, sage-femme, à Lille; M. Durasnel, docteur à Bondues; M. Wartel, docteur, à Lys-lez Lannoy.

Médailles d'argent de 2e classe

Mme Denis, sage-femme, Maubeuge; M. Cattelotte, docteur, à Berlaimont; M. Girard, docteur, à Avesnes; M. Monier, docteur, à Maubeuge; M. Paul, docteur, à Maubeuge; Mme Leroy, sage-femme, à Fourmies; M. Marlier, docteur, à Sains-du-Nord; Mme Lespagnol, sage-femme, à Iwuy; Mme Honoré, sage-femme, à Abancourt; Mme Lecerf, sage femme, à Avesnes-lez-Aubert; M. Renard, docteur, à Viesly; Mme Wattremez, sage-femme, à Le Cateau; Mme Pierard, sage-femme, à Carnières; Mme Catherine, sage-femme, à Caudry; M. Laden, docteur, à Marchiennes; M. Blanquart, docteur, à Flers-en-Escrebieux; M. Lecœuvre, docteur, à Orchies; M. Buisson, docteur, à Auberchicourt; Mme Leleux, sage-femme, à Raimbeaucourt; M. Robert, docteur, à Dunkerque; Mme Vermeulen, sage-femme à St-Pol-sur-Mer; M. Monteuuis, docteur, à Dunkerque; M. Vermullen, docteur, à Bergues; M. Huyghe, docteur, à Dunkerque; M. Vanhersecke, docteur, à Zeggers-Cappel; M. Vanuxem, docteur, à Nieppe; M. Potié, docteur, à Vieux-Berquin; M. Letailleur, docteur, à Renescure; Mme Smagge, sage-femme, à Bailleul; M. Cottigny, docteur, à Haubourdin; M. Bôle, docteur, à Roubaix; Mme Amphimaque, sage-femme, à Roubaix; Mme Dumoulin, sage-femme, à Tourcoing; Mme Capron, sage-femme, à Lille; Mme Derasse, sage-femme, à Roubaix; Mlle Ghesquière, sage-femme, à Lille; M. Deleplanque, docteur, à Lille; Mme Vandeportaele, sage-femme, à Lille; M. Bonenfant, docteur, à Linselles; M. Huriez, docteur, à Tourcoing; M. Godefroy, docteur, à Roubaix; M. Isbecque, docteur, à Roubaix; M. Vanschengel, docteur, à Lille; M. Sougniez, docteur, à Lille; Mme Lemaire, sage-femme, à Lille; M. Defaux, docteur, à Lille; M. Deleneuville, docteur, à Wavrin; Mme Crémer, sage-femme, à Lille; M. Caron, docteur, à Lille; M. Ballenghien, docteur, à Roubaix; M. Mulliez, docteur, à Comines; M. Chuffart, docteur, à Marquette; M. Leblond, interne des hôpitaux, à Lille; Mme Tack, sage-femme, à Lille; M. Richard, docteur, à Lille; M. Tison, docteur, à Templeuve; Mlle Delourme, sage-femme, à Wasquehal; Mme Campion, sage-femme, à Tourcoing; M. Delbecq, docteur, à Linselles; M. Dubois, médecin, à Verlinghem; M. Toffart, docteur, à Frelinghien; M. Platelle, médecin, à Rosult; Mme Bouillon, sage-femme, à Saint-Amand; Mme Flercq, sage-femme, à Raismes; Mme Daneulin, sage-femme, à Saint-Amand; M. Decherf, docteur, à Wallers; Mme Wilbaux, sage-femme, à Bruay.

Médailles de Bronze

Mme Bavai, sage-femme, à Ferrière-la-Grande; Mme Marcy, sage-femme, à Ferrière-la-Grande; M. Mora, docteur, à Fourmies; M. Sirot, docteur, à Avesnes; M. Banteignie (L), docteur, à Berlaimont; M. Delfosse, docteur, à Le Quesnoy; M. Banteignie (P), docteur, à Berlaimont; M. Leblanc, docteur, à Cartignies; M. Lebon, docteur, à Maubeuge; Mme Gontier, sage-femme, à Trélon; Mme Seulin, sage-femme, à Jeumont; Mme Durand, sage femme, à Poix-du-Nord; M. Mouton, docteur, à Maroilles; M. Sutter, docteur, à Glageon; M. Jacquemart, docteur, à Bavai; Mlle Loup, sage-femme, à Trélon; M. Bourgnelle, docteur, à Cambrai; M. Vaille, docteur, à Caudry; M. Lodieu, médecin, à Saulzoir; Mme Briatte, sage-femme, à Solesmes; Mme Lefebvre, sage-femme, à Escaudœuvres; M. Apié, docteur, à Cambrai; Mme Manoury, sage-femme, à Bantouzelle; Mme Machu, sage femme, à Fontaine-au-Pire; Mme Goulois, sage-femme, à Clary; Mme Desfossé, sage-femme, à Beauvois; Mme Barbieux, sage-femme, à Avesnes-lez-Aubert; M. Brulant, docteur, à Saulzoir; Mme Dupont, sage-femme, à Walincourt; M. Pruvot, docteur, à Carnières; M. Labalette, docteur, à Lécluse; M. Dubiquet, médecin, à Auby; Mme Cambray, sage femme, à Aniche; M. Vandame, docteur, à Aniche; M. Bouly, médecin, à Arleux; M. Selle, médecin, à Raches; M. Vanhoutte, docteur, à Somain; M. Desmoulin, docteur, à Douai; Mme Landat, sage femme, à Sin-le-Noble; M. Dennetière, docteur, à Orchies; Mme Landat, sage-femme, à Waziers; Mme Van Belleghem, sage-femme, à Gœulzin; M. Goethals, docteur, à Rosendaël; Mme Delahaye, sage-femme, à Gravelines; M. Flouquet, docteur, Malo-les-Bains; M. Meesemacker, docteur, à Bergues; Mme Dumotier, sage-femme, à Grand-Fort-Philippe; M. Duval, docteur, à Dunkerque; M. Geeraert, docteur, à Malo-les-Bains; M. Sansen, docteur, à Hondschoote; Mme Guilbert, sage-femme, à Rosendaël; M. Baron, docteur, à Rexpoëde; M. Heen, docteur, à Cassel; Mme Boucherie, sage-femme, à Nieppe; Mme Beurey, sage-femme, à Cassel; M. Degroote, docteur, à Steenvoorde; M. Savage, médecin, à Godewaersvelde; M. Samsoen, docteur, à Hazebrouck; Mme Hersin, sage-femme, à La Gorgue; Mme Bernson, docteur, à Lille; M. Boutry, docteur, à Lille; Mme Thaon, sage-femme, à Roubaix; M. Pierchon, docteur, à Halluin; M. Ingelrans, docteur, à Lille; M. Harlet, docteur, à Roubaix; Mme Taquet, sage-femme, à Roubaix; Mme Bollen, sage-femme, à Lille; M. Martin, docteur, à Lambersart; M. Carpentier, docteur, à Lille; M. Butruille, docteur, à Roubaix; M. Desmons, docteur, à Lille, Mme Lebnaert, sage-femme, à Roubaix; M. Caudron, docteur, à Armentières; M. Vanheuverswyn, docteur, à Lille, M. Dubois, docteur, à Lille; M. Leclecq, docteur, à Pérenchies; M. Bécour, docteur, à Lille; Mme Vanduick, sage-femme, à Lille; M. Castelain, docteur, à Lille; Mme Petit, sage-femme, à Lille; M. de Chabert, docteur, à Roubaix; M. Desbonnets, docteur à Roubaix; Mme Hellin, sage-

femme, à Tourcoing; M. BRETON, docteur à Lille; M. MEURISSE, docteur à Faches-Thumesnil; Mlle CŒUGNIET, sage-femme à Lille; Mme LECLERCQ, sage-femme, à Lille; M. LOUBRY, interne des hôpitaux, à Lille; Mme LECOMTE, sage-femme, à Croix; Mme CHEVALIER, sage-femme, à Lille; M. BUTIN, docteur, à Wasquehal; M. MINET, interne des hôpitaux, à Lille; M. DEMAY, docteur, à Seclin; M. VERMEERSCH, docteur à Lille; M. DRUON, docteur, à Lille; M. DUPRETZ, docteur, à Gondecourt; Mme LOURADOUX, sage-femme, à Lille; M. NOYON, médecin, à Roubaix; Mlle VANHOYE, sage-femme, à Armentières; M. THIBAUT, docteur, à Lille; M. LE FORT, docteur, à Lille; Mme DURIEZ, sage-femme, à Armentières; M. BARROYER, docteur, à Croix; Mme SWIFT, sage-femme, à Lille; Mlle MARTIN, sage-femme, à Lille; M. HENNART, docteur, à Neuville-en-Ferrain; M. DELCŒUILLERIE, docteur, à Roubaix; M. DHAINE, docteur, à Lille; M. MONTAIGNE, docteur, à Annœullin; M. CARPENTIER, médecin, à Aubers; Mme DESTOMBES, sage-femme, à Tourcoing; M. COUBRONNE, docteur, à Hem; M. DELESPIERRE, docteur, à Wambrechies; Mlle THIEFFRY, sage-femme, à Lille: Mme LEPEZ, sage-femme, à Haubourdin; M. MAYOLLE, docteur, à Houplines; Mlle ROUSSEAU, sage-femme, à Saint-André; M. DESPREZ, docteur, à Pont-à-Marcq; M. KLEIN, médecin, à Wahagnies; M. MAHIEU, docteur, à Halluin; M. LHERBIER, docteur, à Roubaix; M. BOURNOVILLE, docteur, à Lille; M. CAUDMONT, interne à l'hôpital de Tourcoing; Mlle GUILBERT, sage-femme, à La Bassée; M. LEMAIRE, docteur, à Comines; Mme LANCTIN, sage-femme à Tourcoing; M. DETROY, médecin, à Flers-Lille; M. DEBEYRE, interne des hôpitaux de Lille; M. CHANCEL, interne des hôpitaux de Lille; M. DHOTEL, interne des hôpitaux de Lille; M. DE CHABERT, interne des hôpitaux, à Lille; M. GELLÉ, interne des hôpitaux, à Lille; M. DANCOURT, interne des hôpitaux, à Lille; M. GONTHIER DE LA ROCHE, docteur en médecine, à Lille; M. DAVRINCHE, docteur, à Lille; M. TRAMPONT, interne des hôpitaux, à Lille; M. COCHET, docteur, à Lille; M. CAMUS, interne des hôpitaux, à Lille; M. DEFOSSEZ, docteur, à Abscon; M. FOURNIER, docteur, à Avesnes-le-Sec; Mme CALVAIRE, sage-femme, à Haulchin; M. PLOUVIER, docteur, à Artres; Mme DELRUE, sage-femme, à Avesnes-le-Sec; M. MOCHEZ, docteur, à Onnaing; M. GOSSE, docteur, à Vieux-Condé; M. MASSET, docteur, à Hasnon; Mme CACHERA, sage-femme, à Wallers; M. LECŒUVRE, docteur, à Sebourg; Mme MERCIER, sage-femme, à Saint-Saulve; Mme LEMOINE, sage-femme, à Maing; M. HORNEZ, docteur, à Crespin; Mme FRAPPART, sage-femme, à Quarouble.

Médailles accordées aux personnes qui ont apporté un utile concours aux opérations vaccinales et à la propagation de la vaccine.

Médaille de vermeil (1re classe)

M. GUÉRIN, chef de laboratoire, à l'Institut Pasteur.

Médaille de vermeil (2e classe)

M. BONNEMAISON, instituteur, à Villers-sire-Nicole.

Médaille d'argent (2e classe)

M. MALFAIT, infirmier-major, à l'hôpital de Roubaix.

Société lilloise de protection des enfants du premier âge

Dans une éloquente conférence, donnée par M. DUBRON, au mois de mai dernier, sous les auspices de la Mutualité maternelle, l'éminent avocat avait annoncé comme imminente, la fondation d'une Société destinée à lutter contre l'effroyable mortalité des petits enfants à Lille.

M. Léonard DANEL, que nos concitoyens sont habitués à voir toujours au premier rang lorsqu'il y a quelque bien à faire, réunissait autour de lui, le 18 juillet dernier, quelques personnes auxquelles il demandait d'étudier le fonctionnement de cette œuvre et d'en préparer la réalisation. M. DANEL annonçait en outre, que, d'ores et déjà, il donnait, pour la création de cette œuvre, une somme de vingt-cinq mille francs.

Le Comité directeur, nommé, lors de cette réunion du 18 juillet et présidé par M. Emile BIGO, s'est mis à l'œuvre et pourra, sous peu, faire connaître au public lillois son plan et ses moyens d'action, en même temps qu'il fera appel à son concours.

Déjà, d'ailleurs, et bien que la Société ne soit encore connue que de quelques personnes, elle a reçu de précieux encouragements et des dons importants.

La Société nouvelle rendra, nous l'espérons, de grands services, d'autant que son intention n'est point d'agir isolément, mais de combiner ses efforts avec ceux de toutes les Sociétés et organisations bienfaisantes qui, par des moyens différents, cherchent à atteindre le même but.

Nous voyons ainsi se produire coup sur coup les plus généreuses initiatives pour la solution d'une question qui intéresse si vivement l'humanité et l'avenir de notre pays. Les hommes de cœur qui donnent ce bon exemple seront certainement suivis.

ÉCOLES DE MÉDECINE

Clermont. — M. le docteur BILLARD est nommé professeur de physiologie.

— M. le docteur MALLY est nommé professeur de physique.

Dijon. — M. le docteur ZIPFEL, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

Limoges. — M. le docteur BIAIS, suppléant, est nommé professeur de physique.

Poitiers. — M. le docteur BROSSARD, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

Reims. — M. le docteur BRUANDET est institué, pour

une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Corps de santé militaire

Armée territoriale. — M. le docteur CARPENTIER est promu médecin-major de 1re classe ; MM. les docteurs CHARMEIL, VANNEUFVILLE, DUBAR, CARLIER, sont promus médecins-majors de 2e classe ; MM. les docteurs PROUVOST, TACCOEN, LEMIÈRE, BALLENGHIEN, sont promus médecins aides-majors de 1re classe.

Distinctions Honorifiques

Légion d'Honneur. — Est nommé *Chevalier :* M. le docteur TROTOBAS (armée territoriale).

Instruction publique. — Est nommé *Officier* : M. le docteur LAUSIÈS (du Hâvre).

Académie. — Ont été nommés *Officiers* : MM. les docteurs PAIN (de Bourbon-Lancy) ; SAGOT (de Lannilis).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs FRELON (des Hermites) ; MENET, interne à l'hôpital Bichat, décédé à la suite d'une fièvre typhoïde contractée dans son service ; LADREIT DE LACHARRIÈRE, ancien médecin en chef de l'Institution nationale des Sourds-Muets ; CHALOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse ; HERBET, député de l'Ain ; BOUQUET (de Marseille), ancien député des Bouches-du-Rhône ; ROGER, inspecteur général du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte ; HANNEQUIN (de Bagnoles de l'Orne) ; ROSSI (de Marseille) ; WEBER, médecin inspecteur de l'armée du cadre de réserve ; BELLOT (de Morthemer) ; HAMEL, médecin de l'*Oxus*, décédé pendant la traversée de la mer Rouge ; DUBERTRAND (de Bègles) ; HAHN, ancien médecin-major (de Paris).

OUVRAGES REÇUS

— **Rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1902,** par le docteur GOREZ, Lille, Danel, 1903.

— **A propos des injections mercurielles,** par le docteur JULLIEN, Dax, Labèque, 1903.

— **Influence de l'orthostatisme sur le fonctionnement du rein,** par les docteurs LINOSSIER et H. LEMOINE, extrait des *C.-R. de la Société de Biologie*, 1903.

— **Note sur l'action néphrotoxique des injections de sérums normaux,** par les docteurs LINOSSIER et H. LEMOINE; extrait des *C.-R. de la Société de Biologie*, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34e SEMAINE, DU 16 AU 22 AOUT 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	15
3 mois à un an	13	10
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	2	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	2
20 à 40 ans	7	10
40 à 60 ans	8	4
60 à 80 ans	6	6
80 ans et au-dessus	1	3
Total	46	56

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	4	11	10	30	4	10	8	7	11	1	9	105
TOTAL des DÉCÈS	8	7	6	25	7	11	12	7	13	2	4	102
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	»	3	2	7	1	4	3	1	1	»	1	23
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Phtisie pulmonaire	3	1	»	2	4	1	1	2	2	»	»	16
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	2	»	2	10	1	3	7	1	3	1	2	32
Maladies organiques du cœur	1	1	»	1	»	1	1	»	»	1	»	6
Bronchite et pneumonie	1	»	1	3	»	1	»	»	4	»	»	10
Apoplexie cérébrale	1	»	»	1	»	1	»	2	»	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	3
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. -- Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 347. Septième Année. N° 36 Le Numéro : **10** centimes 6 Septembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur la phlébite traumatique à distance, sur le mécanisme de la pyohémie et sur son traitement

par M. le docteur **J. Parise**,
professeur à l'École de Médecine de Lille.

(Troisième article, voir les numéros des 16 et 30 août 1903)

OBSERVATION III. — *Anévrysme poplité, phlébite de la veine crurale ; infection purulente. — Ligature de l'artère crurale ; incision longitudinale de la veine crurale. — Guérison.* — Malagié, blanchisseur, âgé de 45 ans, vint pendant ma clinique me consulter pour un anévrysme du creux poplité du côté droit, ayant le volume d'un petit œuf de poule.

C'était un type classique dont je profitais pour le montrer à mes auditeurs. J'engageais fortement le malade à venir dans mon service, lui promettant de le guérir en quelques jours sans opération sanglante et seulement par la pression des doigts de mes aides qui s'empresseraient de se relayer à tour de rôle jusqu'à sa guérison complète. Il me promit de revenir mais il n'en fit rien. Six mois environ après, appelé chez lui d'urgence, je le trouvais dans une situation déplorable, il s'était mis entre les mains d'un médecin ignorant, qui avait appliqué des onguents sur la tumeur en même temps qu'il exerçait une compression énergique sur tout le membre et sur la tumeur elle-même. Celle-ci était énorme, elle avait le volume de la tête d'un adulte, elle remontait jusqu'au muscle fessier, mais elle ne descendait pas au dessous de l'articulation du genou.

La peau était fort amincie, d'un rouge vif et excoriée dans l'étendue de trois travers de doigts au moins. La tumeur était très fluctuante et adhérait à la peau. Il était évident que le sac anévrysmal était rompu.

Le malade était en outre sous le coup d'une infection purulente des mieux caractérisée. Depuis plusieurs jours, fièvre vive avec frissons suivis de sueurs profuses, oppression très prononcée, etc. La veine fémorale ne formait pas de cordon comme dans le cas de thrombose ; mais les deux petites veines honteuses externes étaient remplies d'un caillot dur dans une étendue d'un demi-centimètre.

J'étais bien convaincu qu'il était voué à une mort certaine et prochaine et j'hésitais fort à l'opérer. Mais il fallait aller au plus pressé, c'est-à-dire prévenir la rupture extérieure de l'anévrysme. Toutes réserves faites auprès de la famille, je procédai immédiatement à la ligature de l'artère fémorale à deux travers de doigt de la naissance de la fémorale profonde.

L'opération marcha régulièrement et rapidement. J'avais remarqué que la veine fémorale, très reconnaissable au côté interne et postérieur de l'artère n'avait pas la couleur d'une veine ; ce que j'attribuais à ce que je n'avais pas entamé sa gaîne celluleuse propre. Mais en épongeant la plaie, je vis une petite veine que j'avais incisée pendant l'opération, donner au lieu de sang un petit jet de pus. Examen fait c'était une petite branche de la crurale. Je pus introduire un petit stylet cannelé par la veinule jusque dans la grande veine. Guidé par mon stylet, je fis une incision longitudinale de deux centimètres et demi à trois

centimètres. Il s'en écoula une grande quantité de pus venant du bout inférieur et du bout supérieur de la veine fémorale. Ce pus avait l'apparence du pus ordinaire. La face interne de la veine était blanche, lisse, sans pseudo-membrane; elle n'était ni indurée ni adhérente aux parties voisines. En un mot, elle ne paraissait pas enflammée. Les veines honteuses externes ne s'affaissaient pas : ce qui prouve qu'elles contenaient des caillots et non du pus.

Pansement à plat imbibé d'eau-de-vie camphrée, sulfate de quinine, purgatif : deux gouttes d'huile de croton dans quinze grammes d'huile de ricin. Un violent frisson suivit l'opération, occasionné peut-être par les diverses manœuvres qui avaient pu faire couler dans le sang un flot de pus. Les jours suivants les accidents généraux diminuent sensiblement et au bout de quinze à vingt jours tout danger de mort était écarté. La plaie ne tarda pas à se cicatriser comme si la veine n'avait pas été intéressée. Quant à l'anévrysme, les battements cessèrent immédiatement dès que la ligature fut placée. Mais la tumeur resta plus de six mois sans changer de caractère ni de volume. Plusieurs fois je fus tenté de la vider par une ponction capillaire aspiratrice. Cependant comme elle n'était pas douloureuse et qu'elle ne le gênait presque pas, le malade aima mieux attendre. Et il fit bien !... car la tumeur se mit à diminuer spontanément et disparut.

Trois ans après, Malagié, atteint d'un cancer de la région parotidienne, vint mourir à la clinique. Pour examiner avec plus de facilité et de soins cette pièce importante au double point de vue de la guérison de l'anévrysme et de la guérison de la phlébite de la veine fémorale, je détachais le membre en conservant les vaisseaux au dessus de l'arcade crurale.

1° *Anévrysme.* — L'artère fémorale était oblitérée à partir de 4 centimètres au dessous de l'origine de la fémorale profonde. Les deux bouts du vaisseau étaient réunis par un cordon fibreux ; du côté du cœur, il n'y avait pas de traces appréciables de caillot obturateur. La cavité de l'artère se terminait en pointe. Le reste de l'artère était représenté par un cordon plein jusqu'à l'anévrysme.

Celui-ci était constitué pas une petite poche triangulaire aplatie d'avant en arrière, et située sur le ligament postérieur de l'articulation fémoro-tibiale. Cette poche contenait une cuillerée à café environ d'un liquide limpide d'une belle couleur jaune clair. Aucune artère collatérale ne s'y ouvrait. Toutes étaient oblitérées à une certaine distance, il en était de même de l'artère poplitée jusqu'à la naissance de l'artère tibiale antérieure.

La circulation s'était rétablie principalement par l'artère du nerf sciatique, laquelle s'anastomosait avec les collatérales supérieures du genou.

2° *Veine fémorale.* — Après avoir disséqué cette veine à partir de l'iliaque jusqu'à la poplitée, tout en lui conservant ses rapports avec l'artère fémorale et les parties voisines, et m'être assuré qu'elle n'était oblitérée, ni même rétrécie dans aucun point, je l'ouvris par sa face postérieure dans une petite étendue d'abord, puis dans toute sa longueur. Je l'examinai avec grand soin et je crus reconnaître la place de mon incision ; mais si je n'avais pas su le point qu'elle devait occuper je ne l'eusse probablement pas trouvée tant elle avait laissé peu de traces.

Les petites veines honteuses externes qui étaient gonflées et dures lors de l'opération étaient parfaitement saines.

Ce fait est fort intéressant à divers points de vue. Je ne m'occuperai que de ce qui a rapport à la guérison de la phlébite suppurée d'une grosse veine par l'incision longitudinale simple sans excision ni section transversale de la veine. Il m'avait semblé si exceptionnel que je n'avais pas cherché à en tirer toutes les conséquences logiques et légitimes. Et d'abord l'incision de la veine fémorale n'a été qu'une opération improvisée et faite sans grand espoir d'enrayer les progrès de l'infection purulente en supprimant la source du pus, puisque je savais que je laissais encore une longue portion de veine enflammée ou tout au moins pleine de pus.

En y réfléchissant depuis, et surtout en comparant ce cas avec celui de l'observation N° IV, observation du forgeron dont les veines de l'avant-bras, du bras et de l'axillaire *non enflammées* contenaient du pus provenant des veines du dos de la main, bien enflammées celles-ci, j'ai compris que, tout en laissant dans la portion supérieure de la veine une certaine quantité de pus, j'avais, par ma longue incision, tari la source du pus qui se trouvait dans la veine poplitée et les veines de la jambe, en transformant le canal veineux en une longue et large gouttière, laquelle supprimait en réalité la force *a tergo*.

Il résulte de cette observation :

1° Qu'en tarissant par une opération la source du pus qui infecte le sang on peut guérir l'infection si les lésions produites par celle-ci ne sont pas encore trop avancées ;

2° Qu'une incision longitudinale simple d'une veine contenant du pus peut suffire pour enrayer l'infection purulente en supprimant la force *a tergo* qui pousse le pus vers le cœur : d'où l'indication de maintenir l'ouverture de la veine aussi longtemps qu'elle donnera du pus.

3° Qu'il faut autant que possible s'assurer que la veine incisée, bien que contenant du pus, ne soit pas atteinte d'inflammation dans sa membrane interne ; car il est probable que la phlébite continuerait sa marche ascendante. Il faudrait en pareil cas prolonger l'incision ou bien en pratiquer une nouvelle au-dessus de la première ;

4° Que l'incision de la veine n'amène pas fatalement son oblitération ;

5° Enfin que dans les cas les plus désespérés en apparence, le chirurgien doit encore tenter de sauver

son blessé par une opération qui lui permettra de supprimer la source du poison phlébitique.

Observation IV. — *Phlébite traumatique directe des veines dorsales du métacarpe, de l'avant-bras, du bras, de l'axillaire — Ecoulement libre du pus constaté dans ces veines pendant la vie, et à l'autopsie jusque dans la veine cave supérieure. — Répulsion du sang par le pus.* — Un forgeron, âgé de 60 ans, fortement musclé, entre à la clinique muni d'un billet portant *phlegmon du dos de la main droite*. Il avait eu pendant la nuit une forte fièvre précédée d'un violent frisson avec délire suivi d'une sueur abondante ; la face dorsale du métacarpe et du carpe présentaient un gonflement considérable, qui s'étendait au-dessus du poignet de 3 à 4 centimètres et se terminait insensiblement. Du côté des doigts il se terminait presque brusquement au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des trois derniers doigts. J'avais été frappé de la coloration bleuâtre et brunâtre de la peau de la région tuméfiée et aussi du défaut de netteté de la fluctuation.

Cependant, adoptant le diagnostic de *phlegmon diffus* je fis deux longues et profondes incisions longitudinales sur la partie tuméfiée. Je m'attendais à voir s'écouler du pus en nappe, mais il n'en sortit que de la sérosité fortement sanguinolente, noirâtre, au milieu de laquelle se détachaient des filons de pus d'un blanc jaunâtre. Examen fait de ces filons, il me fut facile de constater que ces jets de pus sortaient *exclusivement* des veines du métacarpe transformées en canaux rigides et béants ; en les comprimant entre les doigts on pouvait les aplatir, mais ils reprenaient immédiatement leur calibre et dépassaient la peau. Fait curieux à noter, c'est qu'il n'en sortait pas de sang, même par la pression.

Il était bien évident qu'il ne s'agissait pas d'un phlegmon diffus mais bien d'une phlébite traumatique remontant à une date plus ou moins éloignée, et dont il fallait trouver l'origine.

Je demandais au malade si, dans sa rude profession, il ne s'était pas blessé, piqué à la main, aux doigts, au poignet, ou quelque part ailleurs, même aux jambes ou aux pieds ; à chaque question réponse négative.

Mais peu confiant dans ses réponses, sans suspecter cependant sa bonne foi, j'examinais de nouveau la main après l'avoir bien nettoyée moi-même et je reconnus facilement l'existence d'une petite cicatrice d'apparence récente, située sur le côté externe de l'indicateur droit.

Vous voyez bien, lui dis-je, que vous avez été blessé, pourquoi ne me l'avez-vous pas dit ? « Ce n'était qu'une piqûre guérie depuis longtemps, et puis ce n'est pas elle qui a pu me donner ma fièvre. » Telle fut sa réponse.

Il me raconte alors comment, en remuant de vieux clous rouillés, il s'était blessé avec un de ces clous ; comment cette piqûre avait donné lieu à un fort jet de sang, qui ne put être arrêté que par une sorte de bandage compressif formé d'un chiffon et d'une ficelle qu'un camarade lui appliqua et qu'il conserva 3 ou 4 jours, tout en allant à son atelier. Mais bientôt, dès le 5e ou 6e jour, le dos de la main se tuméfia, devint douloureux, puis les frissons, la fièvre, apparurent. Il fit appeler un médecin, qui après lui avoir prescrit de la quinine sans succès, l'envoya à l'hôpital.

Il ne put me préciser la date de sa blessure qu'il faisait remonter à 15 jours environ.

Que faire en face d'une situation aussi grave et qui devait être si promptement mortelle ? Me rappelant la guérison si extraordinaire et si inespérée que j'avais obtenue chez Malagié, en fendant largement la veine fémorale pleine de pus (voir l'observation N° III), je n'hésitais pas à intervenir.

J'examinais les veines de l'avant-bras, du bras jusque dans le creux de l'aisselle; bien qu'elles ne fussent ni distendues ni indurées, il me parut évident qu'elles contenaient un liquide, lequel était sans doute du pus, ce dont il fallait s'assurer.

J'incisais donc, dans ce but, la veine principale de la face postérieure de l'avant-bras au-dessus du poignet, au point où cessait le gonflement que j'ai signalé plus haut, et au-dessus de la réunion des veines qui partaient du poignet. Je la trouvai pleine d'un pus blanc avec une très légère teinte jaune, mais sans mélange de sang et sans être distendue, ce qui me fit dire de suite que le pus coulait librement dans les veines.

Mon incision étant prolongée en haut et en bas, et le pus étant épongé, je reconnus que j'étais tombé juste au point où cessait l'inflammation de la veine, inflammation caractérisée par la rougeur de sa tunique interne. Cette rougeur ne cessait pas brusquement et régulièrement, mais bien par des découpures en pointe, dont une était 2 à 3 fois plus longue que les autres. Il n'y avait pas de productions pseudo-membraneuses, ni de sang. Convaincu que le pus remontait beaucoup plus haut, j'incisais la veine médiane au pli du coude, elle était pleine de pus, mais ne présentait ni rougeur, ni sang. Même résultat d'une troisième incision pratiquée au-dessus du coude et d'une quatrième dans la partie inférieure de l'aisselle.

Dans toutes ces incisions, je ne vis dans la veine incisée que du pus bien liquide, et sans mélange de sang ; inutile de dire que l'incision des téguments en donnait un peu.

Chose très remarquable et que j'avais déjà observée plusieurs fois, les veines petites et grandes qui s'abouchent normalement dans les veines que j'ai successivement incisées n'ont donné de sang, pas même la veine médiane profonde du pli du coude.

C'est là une preuve bien évidente de l'antagonisme du sang et du pus, ce dernier repoussant le premier.

Pansement phéniqué. — sulfate de quinine et toniques, etc. Un seul frisson, fièvre la nuit suivante. Le lendemain pas d'amélioration, gêne croissante de la respiration.

L'examen des incisions pratiquées la veille montre que l'inflammation constatée de l'incision de l'avant-bras s'était étendue un peu vers le coude ; les autres incisions ne contenaient presque pas de pus, ce qui me prouva que celui qui remplissait les veines avant l'opération était venu des veines enflammées du poi-

gnet et de l'avant-bras, poussé par la *vis a tergo*, mais non formé sur place.

Mort le matin de la nuit suivante.

Autopsie. — Il me paraît inutile de relater de nouveau les détails anatomiques de l'observation. Je dirai seulement que la rougeur phlébitique signalée dans les veines de l'avant-bras ne s'était pas étendue à celles du coude et du bras. La veine axillaire contenait du pus en même temps que du sang, mais sans être intimement mélangés, le pus formant des espèces de cordons ou traînées, blanchâtres, distinctes du sang. La veine sous-clavière ne contenait pas de pus reconnaissable à l'œil nu. Ces deux veines communiquaient librement avec la jugulaire et par conséquent avec le centre circulatoire.

Les poumons contenaient un grand nombre d'abcès métastatiques dont plusieurs du volume d'une noix, et beaucoup d'infarctus. Ils étaient fortement congestionnés.

Rien dans le cœur, — trois petits abcès dans le foie, — rien dans les articulations, ni dans le cerveau.

Ce fait est intéressant à plus d'un titre :

1° Et d'abord, si mon intervention n'a pas empêché la terminaison fatale, je puis dire qu'elle était rationnelle, et bien formellement indiquée. Par elle j'ai intercepté, dans la mesure du possible, en ouvrant largement et sur plusieurs points le canal qui déversait le poison, poussé par la *vis a tergo*, jusque dans les grosses veines et dans le cœur.

Malheureusement je suis arrivé trop tard ; fourni en grande abondance par les veines de la main, et conduit par un large canal presque direct jusqu'au cœur, le poison avait été absorbé à dose trop forte ;

2° Quand on se trouve en face d'une infection purulente traumatique, il faut en conclure qu'il y a une phlébite génératrice ;

3° Cette phlébite étant reconnue, comme dans le cas actuel, il faut en rechercher la cause, et ne pas s'en rapporter au témoignage du malade, lequel se trompe souvent et de bonne foi.

J'ai lu, quelque part, un fait presque identique à celui que je viens de rapporter, et qui a été considéré comme un exemple d'infection purulente phlébitique sans plaie, alors même que le malade indiquait la plaie déjà cicatrisée.

Observation V. — *Enfoncement du crâne. — Trépanation. — Infection purulente. — Mort. — Phlébite des veines du diploé des os du crâne.* — Observation recueillie par M. Dubar, chef de clinique.

Oscar D..., mécanicien, 32 ans, entre dans le service de la clinique chirurgicale, le 1er juin 1874. Dans une rixe avec militaires, il a reçu plusieurs coups de sabre dont deux coups de tranchant qui ont produit deux plaies : l'une verticale à la partie antérieure du crâne, l'autre transversale à la partie postérieure. De ces deux plaies l'antérieure n'intéresse que le cuir chevelu, on la réunit par quelques épingles. L'autre, transversale, située un peu en arrière de l'oreille gauche, a une étendue de 7 à 8 centimètres. Elle comprend la section du cuir chevelu et de l'aponévrose épicrânienne. On constate de plus, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, une dépression, un enfoncement de l'os qui se révèle par une crête de 2 millimètres de hauteur. M. Parise insiste sur la gravité des plaies des os du crâne à cause des phlébites qui en sont souvent la conséquence et sur la nécessité des pansements antiseptiques.

Du 1er au 13 juin, rien à noter. Bon appétit, pas de fièvre. Le 14, mal de tête ; le blessé ne se lève pas ; la fièvre se déclare ; température 38,4 ; pouls 104. Céphalalgie très vive. La pression sur la partie la plus élevée de la fosse temporale, à 5 centimètres en avant de la plaie, est douloureuse. Le 16, vomissements continus. Dans la nuit du 16 au 17, délire, accès de fièvre sans frissons suivis de sueurs abondantes. Il y a en avant de la plaie un décollement sous-périostique qui conduit dans un foyer de suppuration ; une incision amène un pus très fétide.

Le 17, à 11 heures du matin, premier frisson qui dure un quart d'heure, suivi de transpiration. Le 18, sueurs, nausées, vomissements, céphalalgie toujours vive. Fièvre intense, température 40,6, pouls 120. Le soir, deuxième frisson qui dure un quart d'heure. Le 19, pas de frisson. Vomissements plus rares. La suppuration est plus abondante.

Après avoir bien lavé la plaie, on aperçoit dans l'extrémité interne de la fissure osseuse une goutte de liquide, qui s'élève et s'abaisse à chaque pulsation artérielle et qui augmente d'une manière notable quand on fait tousser le malade. Il y a évidemment en un point une perforation complète de l'os ; la gouttelette subit les oscillations de la masse cérébrale.

Le 19, dans l'après-midi, le blessé perd subitement l'usage de la parole (19e jour de l'accident). Il comprend bien tout ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre que par signes.

En même temps survient une paralysie du mouvement dans le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit, laquelle va sans cesse en augmentant.

La sensibilité reste intacte : si, en effet, on vient à pincer la jambe droite, le malade remue le bras et la jambe gauches.

Le 20, M. Parise, après nous avoir dit que l'hémiplégie droite, survenue la veille, indiquait une compression de l'hémisphère gauche ; que cette compression pouvait être due à un foyer purulent situé au-dessus ou au-dessous de la dure-mère, se décida à appliquer au niveau de l'enfoncement, quelques couronnes de trépan. Il ne nous dissimula pas cependant qu'il ne comptait guère sauver son blessé ; et cela à cause des frissons du 17 et du 18, indiquant qu'il était déjà sous le coup de l'infection pyohémique.

Les deux lèvres de la plaie sont incisées en travers, les lambeaux relevés et le périoste décollé. L'enfonce-

ment devient alors très visible. Il est de 2 à 3 millimètres, ainsi qu'il a été dit plus haut. La portion enfoncée se compose de plusieurs petits fragments, qu'on amène sans difficulté, et d'un fragment principal qui ne présente aucune mobilité. Il a la forme d'un triangle très aigu, dirigé en dedans et fortement déprimé. Le bord postérieur de ce triangle d'une longueur de 3 centimètres et demi, est taillé en biseau, aux dépens de sa face externe et s'enfonce sous la partie correspondante de la plaie de l'os. Ce fragment appartient à la partie supérieure et postérieure du pariétal gauche, il avoisine la branche gauche de la suture lambdoïde.

Deux couronnes de trépan sont successivement appliquées ; l'une immédiatement au-dessus du bord antérieur du fragment, l'autre sur le fragment lui-même au niveau de sa base, ce qui permet de l'enlever tout entier. La dure-mère vient immédiatement faire saillie par l'ouverture. Elle est recouverte par un caillot mince un peu adhérent, mais non suppuré. Une incision cruciale pratiquée sur cette membrane donne issue à quelques gouttes d'un liquide séreux. On n'aperçoit pas la moindre trace de pus à la surface du cerveau qui paraît injecté. Un bistouri plongé à un centimètre dans la substance cérébrale ne donne aucun résultat.

M. Parise s'arrête là bien que les douleurs au niveau de la fosse temporale et la perte de la parole, eussent pu l'engager à appliquer le trépan de ce côté. Mais il en fut détourné parce qu'en trépanant les os, il a vu sourdre dans un point quelques gouttes de pus ; preuve certaine qu'il existe une phlébite des sinus du diploé ; et que le blessé est voué à la mort.

Le 22, au matin, le genou gauche est très gonflé et douloureux à la pression. Vers les onze heures, troisième frisson d'un quart d'heure. A partir de ce moment, la température descend, le pouls monte à 140, l'intelligence diminue. Le 23, mort dans la soirée.

Autopsie. — Les poumons sont le siège de nombreux abcès métastatiques. On en trouve aussi dans le foie ; dans les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes gauches, ainsi que des suppurations entre les muscles postérieurs de la jambe droite.

Ces abcès métastatiques ainsi que les frissons ne laissent aucun doute sur la cause de la mort du blessé. Il a succombé à l'infection purulente.

M. Parise professant que toute infection purulente *traumatique*, procède d'une phlébite, il la cherche, tout d'abord, dans les veines du diploé qui avoisinent la fracture du crâne.

En effet, en sculptant la table externe du pariétal gauche, il ne tarde pas à trouver un canal osseux rempli de pus (canal de Breschet). Ce canal se dirige en avant et un peu en haut ; et on le retrouve au niveau de l'abcès sous-périostique incisé pendant l'opération.

Tout en décollant le péricrâne, afin de mettre à nu les os que l'on va scier circulairement pour découvrir la dure-mère, on tombe dans plusieurs petits foyers circonscrits et remplis d'un pus fétide. Au niveau de ces différents foyers, on rencontre du pus dans les sinus osseux. Nous verrons, tout à l'heure, quelle est la genèse de ces abcès sous-périostiques, d'après M. Parise.

Le périoste crânien étant enlevé, il s'écoule immédiatement 50 grammes environ de pus qui se trouvait en nappe sous la moitié gauche de cette membrane, jusqu'à 3 ou 4 centimètres en avant de l'ouverture faite par le trépan.

La dure-mère étant incisée, on trouve au dessous d'elle, et dans les mailles de la pie-mère, des fausses membranes, deux foyers de pus situés, l'un sur la face supérieure, l'autre sur la face latérale de l'hémisphère gauche, à 5 centimètres en avant de la partie herniée du cerveau à travers l'ouverture du trépan. Celle-ci est recouverte de détritus noirâtre, composé d'un peu de substance cérébrale gangrénée. Tout autour, et dans un rayon de plusieurs centimètres, on ne rencontre pas la moindre trace de suppuration. On voit par là que la trépanation n'a été pour rien dans le développement de la méningite suppurée de la partie antérieure de l'hémisphère gauche.

Le cerveau n'offre qu'un piqueté peu abondant, et une différence de coloration au niveau des deux foyers de suppuration de la dure-mère.

La base du cerveau est intacte dans toute son étendue.

En résumé, collections purulentes étagées depuis la surface du cerveau jusqu'au péricrâne dans les points correspondants, c'est-à-dire au niveau de la fosse temporale gauche, et de la région fronto-pariétale du même côté. Pour M. Parise, toutes ces collections reconnaissent pour origine la phlébite des veines du diploé. Les abcès sous-périostiques et les collections à la surface de la dure-mère ont été formés par le pus circulant dans les veines de ces membranes, lesquelles veines communiquent avec celles du diploé.

Le pus, une fois arrivé à la surface de la dure-mère, a déterminé une inflammation de voisinage dans les parties correspondantes de l'arachnoïde et de la pie-mère, inflammation qui a eu pour conséquence une méningo-encéphalite.

Les accidents généraux s'expliquent par le passage du pus des veines des os du crâne dans le sinus longitudinal supérieur, et de là dans toute l'économie.

Dans deux observations analogues à la précédente les malades ont présenté dans les derniers jours de leur existence successivement une hémiplégie du côté opposé à la lésion du crâne et une hémiplégie incomplète du même côté. A l'autopsie on trouva un abcès dans l'hémisphère cérébral opposé à la lésion. M. Parise explique cet abcès par la *récurrence* du pus des veines du côté blessé et atteintes de phlébite purulente dans les veines cérébrales de l'hémisphère opposé.

Voici le titre de ces deux observations intéressantes.

I. *Fracture du côté gauche du crâne avec large plaie et décollement du péricrâne. — Phlébite directe du sinus gauche de Breschet et du sinus longitudinal supérieur. — Paralysie du côté droit, puis parésie du côté gauche. — Aphasie. — Infection purulente. — Trépanation. — Mort. — Abcès dans l'hémisphère cérébral droit. — Pus dans les veines cérébrales du côté droit.*

II. *Phlébite directe des os du crâne du côté gauche. — Phlébite indirecte du côté droit. — Abcès dans l'hémisphère droit. — Récurrence du pus dans les veines cérébrales du côté droit.*

B. — Phlébite de voisinage et phlébite à distance chez le même sujet

Observation VI. — *Fracture compliquée de la jambe : amputation. Phlébite à distance des plexus vésico-prostatiques et des veines circonflexes antéro-postérieures de la cuisse. Phlébite directe du moignon, suite de l'amputation.*

Baron, bûcheron, âgé de 48 ans, se fracture la jambe gauche en tombant d'un arbre. La fracture présente des esquilles multiples ; le fragment supérieur du tibia traverse la peau. Elle siège immédiatement au dessus de l'articulation du pied et elle communique avec l'articulation. Le blessé, transporté à l'hospice d'Haubourdin, va assez bien les premiers jours. Mais bientôt les accidents se montrent : gonflement de la jambe et du pied. Suppuration étendue ; c'est alors que je fus appelé. Il y avait de la fièvre continue avec sueurs abondantes et exacerbations sans frissons bien accusés. Le fragment supérieur était nécrosé dans une étendue de 3 centimètres. Un examen très attentif du membre m'ayant fait penser qu'il n'y avait pas de phlébite, ni d'ostéo-myélite, j'espérais, en enlevant la cause première des accidents, enrayer la fièvre et peut-être sauver le malade, à moins qu'il n'y eut déjà quelques phlébites à distance, ce que j'eus bien soin d'exposer à mes confrères. Amputation le 8 avril, 5 semaines après l'accident. L'examen attentif de la jambe et du pied montre qu'il n'y a pas de phlébite des veines du membre non plus que d'ostéomyélite. L'opéré supporta parfaitement l'opération, la fièvre fut moins forte le premier et le deuxième jour de l'opération, mais dès la fin du deuxième jour, frisson plus accusé suivi de sueurs abondantes. Ce frisson se reproduisit à heures presque fixes et deux fois par jour. Le teint plombé de la peau, les douleurs articulaires, puis la somnolence, le délire, la gêne de la respiration, etc., viennent compléter le tableau de l'infection purulente. Il succombe le 15 avril 1866.

Autopsie. — Abcès métastatiques dans les poumons et le foie. — La surface du moignon est couverte d'une suppuration sanieuse, qui remonte un peu le long de l'os et entre les muscles.

Les os du moignon ne sont pas atteints d'ostéomyélite. A peine trouve-t-on dans le tibia une infiltration purulente remontant à un ou deux centimètres.

Les veines du moignon et la moitié inférieure de la poplitée sont épaissies, rugueuses, manifestement enflammées, elle renferme un peu de pus mêlé à du sang sans caillots obturateurs ; mais cette phlébite, évidemment d'origine récente, est postérieure à l'amputation. La moitié supérieure de la poplitée, toute la crurale, sont saines. Elles contiennent un sang fluide sans caillots.

En examinant l'intérieur de la veine fémorale qui paraît très saine, on remarque les orifices des veines circonflexes, lesquels sont béantes, d'une coloration plus jaunâtres que les autres. En pressant sur les chairs voisines on en fait sourdre du pus bien blanc. Disséquant les veines on voit qu'elles sont pleines de pus dans une grande étendue dans l'épaisseur des muscles et jusque vers l'os.

Les veines du plexus vésico-prostatique des deux côtés sont toutes pleines de pus, elles forment une sorte de graisse purulente qui enveloppe la face supérieure et les côtés du col et du bas fond de la vessie.

C. — Phlébites à distance

Observation VII. — *Fracture du tibia gauche, avec petite plaie non communicante. — Phlébite à distance de la jambe droite.* — Ouvrier serrurier, 32 ans, très bien portant, reçoit sur la jambe gauche une porte en fer dont un angle, portant sur la face interne du tibia à la réunion de son quart supérieur avec les trois quarts inférieurs, fracture très obliquement cet os de haut en bas et d'avant en arrière. Il n'y avait pas de déplacement, et si peu de mobilité que j'hésitais à admettre la fracture.

Mais il y avait en même temps une petite plaie avec un lambeau triangulaire à base dirigée en arrière ; chaque côté du triangle avait, à peine, un centimètre. Le périoste n'était pas détaché.

Transporté aussitôt à l'hôpital, la plaie lavée à l'eau phéniquée fut réunie avec le collodion et le membre blessé placé dans une gouttière. Le lendemain et jours suivants, je fis moi-même le pansement, la cicatrisation était complète le quatrième jour.

Du côté de la fracture, il n'y eut ni gonflement ni douleur. Cependant un appareil de Scultet fut appliqué, non pour maintenir la fracture qui n'avait aucune tendance au déplacement, mais *pour empêcher le blessé de se lever.*

L'état général resta excellent, sous tous les rapports. La religieuse de la salle, très attentive et fort habituée à reconnaître l'infection purulente à ses premières

manifestations, me donnait chaque jour de bonnes nouvelles ; le 15e jour était passé, elle pensait avec moi qu'il n'y avait plus rien à redouter. Mais le 16e jour, elle manifesta quelques craintes : le blessé avait peu dormi, et avait eu un peu de chaleur, sans frisson cependant.

Je pensais de suite que notre blessé était menacé d'infection pyohémique, laquelle ne tarderait pas à se montrer avec tous ses caractères. Je renouvelais l'examen que j'avais cessé de faire depuis quelques jours, vu le bon état de santé du blessé ; c'est-à-dire que j'explorais avec soin non seulement la fracture, mais encore tous les points qui sont le plus souvent le siège des phlébites à distance.

Je ne pouvais rien affirmer ; mais j'annonçais que, selon toutes probabilités, nous trouverions, à l'autopsie, la phlébite à distance dans les veines profondes de la jambe *droite*, me fondant sur ce que la pression au dessous du creux poplité était plus douloureuse de ce côté que du côté de la fracture.

Dès la nuit suivante (17e jour de l'accident), le blessé fut pris d'un frisson très accentué suivi de chaleur brûlante et d'une sueur abondante.

Mort, douze jours après le début de la pyohémie confirmée.

Autopsie. — Phlébite à distance des extrémités supérieures des veines tibiales postérieures, péronières, de la poplitée, et de la moitié inférieure de la fémorale du *côté droit*. La phlébite avait débuté par les premières et s'était étendue à la fémorale, qui contenait du pus, mais n'offrait aucune trace d'inflammation sur sa membrane interne.

Abcès métastatiques dans les poumons ; deux petits abcès dans le foie. Articulations saines.

Toutes les veines du membre fracturé, notamment la saphène interne très voisine de la petite plaie, les veines profondes de la jambe étaient absolument saines Il en était de même du canal médullaire et des extrémités spongieuses du tibia.

Plexus vésico-prostatiques sains.

Il est à remarquer que la fracture était en voie de consolidation très avancée, et qu'elle n'offrait pas la moindre trace de suppuration, ni dans son foyer, ni autour d'elle.

Ce fait est important à divers point de vue :

1° Remarquons d'abord que le travail de consolidation de la fracture n'a nullement été entravé par le développement de la pyohémie ; ce qui porte à croire que le microbe phlébitigène, introduit par la plaie cutanée, n'a pas traversé la fracture, ou du moins n'y a pas séjourné. Nous avons dit, du reste, que cette plaie ne communiquait pas avec la fracture;

2° Il est impossible de comprendre le développement de cette phlébite sans admettre l'intervention d'un agent spécial, d'un microbe *phlébitigène*, lequel introduit dans les veinules de la plaie, par une véritable *inoculation directe*, au moment même de la blessure, ou dans les premières heures qui l'ont suivie ; et que, sans s'y arrêter, il aura, entraîné par le mouvement du sang, traverse les poumons, et suivi le torrent circulatoire, jusqu'à ce qu'il se soit fixé dans une veine plus ou moins éloignée de son point de départ (dans les veines de la jambe du côté opposé, pour y provoquer l'inflammation phlébitique). Le même raisonnement s'applique à tous les cas de phlébite à distance ;

3° Nous connaissons la porte d'entrée du phlébitigène. Mais d'où provenait-il. Ici deux hypothèses en présence :

A. L'inoculation aurait eu lieu au moment même de l'accident, par la cause vulnérante : l'angle de la porte de fer, ou le pantalon, entraîné par lui, et chargés du microbe.

B. L'inoculation aurait eu lieu à l'hôpital, lors des premiers pansements, malgré les antiseptiques, — et avant le 4me jour de la blessure, celle-ci était cicatrisée à cette date.

Observation VIII. — *Fracture de l'humérus gauche, avec plaie communicante ; phlébite à distance des veines vésico-prostatiques et du bassin. Coque limitante, ou ampoule interne dans la veine iliaque interne du côté gauche.* — Willem, 17 ans, manouvrier, entré le 21 octobre, pour une fracture du bras gauche compliquée d'une large plaie communicante. Malgré la gravité de sa blessure, tout va bien jusqu'au 3 novembre, 12me jour de l'accident. La nuit suivante, frisson de dix minutes, accompagné d'une toux fatigante. A partir de ce jour : mauvais état de la plaie, frissons répétés ; délire, pouls et respiration très fréquents, etc. — Mort le 14 novembre, 24me jour de la blessure.

Autopsie. — Phlébite à distance des veines vésico-prostatiques et pelviennes, lesquelles versaient librement le pus dans les veines iliaques internes. En pressant sur la face postérieure de la vessie et sur la prostate on faisait refluer dans l'iliaque interne droite des flots de pus. la communication était donc parfaitement libre de ce côté.

Il n'en était pas tout à fait de même de l'iliaque gauche qui était incomplètement obstruée par une singulière disposition que je rencontrais pour la première fois ; mais qui n'est pas très rare. Vers son extrémité inférieure, cette veine contenait une sorte d'*ampoule* du volume d'une petite noisette, d'un blanc jaunâtre, libre dans son canal excepté dans un point qui répondait à l'embouchure d'une petite veine afférente à l'iliaque et pleine de pus.

Cette fausse membrane ampullaire, épaisse d'un millimètre, s'opposait à l'écoulement du pus dans la veine iliaque interne ; mais en l'examinant, son pédicule se détacha et donna issue à un flot de pus provenant, non seulement de la cavité de l'ampoule, mais

aussi de la petite veine qui lui avait donné naissance.

Il est facile de saisir le mécanisme de la formation de cette cavité ampullaire : l'inflammation de la petite veine poursuivant sa marche ascendante, a d'abord cloisonné l'orifice de son embouchure ; puis, cette cloison poussée *a tergo*, par le pus phlébitique, a formé un petit ballon flottant à l'intérieur de la grande veine.

C'est cette curieuse disposition, à laquelle j'ai donné les noms de *barrière, de coque limitante, d'ampoule*. J'en ai vu de deux sortes :

1° *Intra-veineuse*, lorsque la barrière, comme dans le cas précédent, fait saillie dans la cavité de la grande veine dans laquelle la petite vient s'aboucher ;

2° *Extra-veineuse*, lorsque l'orifice de communication de la veine *afférente* avec la veine *récipiente* étant plus solidement fermé, il se forme une sorte de dilatation ampullaire en dehors de celle-ci.

Dans un cas d'ostéo-myélo-phlébite de l'extrémité inférieure du fémur, j'ai vu une coque *externe* à la face *externe* de l'os. Le pus provenait d'une veine traversant l'os.

La première variété, la coque intra-veineuse, détachée, pourrait, entraînée par le courant sanguin, former une véritable embolie dans le poumon.

J'ai vu dans la veine fémorale une petite coque de ce genre presque entièrement détachée, laquelle eut été entraînée par le courant, si le malade avait vécu plus longtemps.

Observation IX. — *Phlébite à distance dans les deux jambes : suite d'incisions au bras.* — Ouvrier âgé de 58 ans : contusion du poignet gauche par un coup de manivelle, sans plaie, ni fracture.

Phlégmons et abcès autour de sa jointure s'étendant sur la main et l'avant-bras ; quatre incisions sont pratiquées.

5 jours après ces incisions, frissons intenses tous les jours; mort le 6me jour après le début des frissons.

A l'autopsie. — Phlegmon diffus de l'avant-bras. Abcès métastatique de l'articulation de l'épaule droite ; et nombreux abcès pulmonaires.

Phlébite suppurée de la veine péronière du côté droit. Phlébite des veines profondes de la jambe gauche, péronière et tibiale postérieures.

Toutes ces veines sont épaissies, dépolies, adhérentes aux tissus voisins et pleines de pus. La phlébite s'arrête brusquement au commencement de la veine poplitée. La veine tibiale antérieure est saine.

Observation X. — *Phlébite à distance dans le système cave supérieur, aucun obstacle à l'arrivée du pus dans le cœur. — Phlébite des veines brachiale axillaire et sous-clavière droites.* — Antoine J..., 48 ans, journalier, abcès volumineux sous-deltoïdien du côté gauche. Trois incisions donnent lieu à une grande abondance de pus. Le doigt, introduit sous le muscle, ne trouve pas l'os dénudé de son périoste. Trois drains sont appliqués; injections antiseptiques.

Amélioration notable jusqu'au 10me jour. Mais le 11me, frisson, sueurs abondantes. Toux pénible, quelques râles disséminés ; violents frissons et gêne croissante de la respiration. Mort le 20me jour, à partir de l'ouverture de l'abcès. La veille de la mort le malade avait accusé une douleur dans la région de l'épaule droite et du bras du même côté, lequel était gonflé, en même temps que la main était œdématiée, tandis que celle du côté malade ne l'était pas.

Autopsie. — Côté gauche : décollement étendu sous le deltoïde et le biceps. Dénudation de l'humérus au voisinage de l'articulation scapulo-humérale qui contient un peu de pus. Toutes les veines de ce côté, disséquées avec soin, sont parfaitement saines.

Côté droit : à partir du pli du coude les veines brachiales, l'axillaire, la sous-clavière, jusqu'à son abouchement dans le tronc brachio-céphalique sont remplies d'un pus jaunâtre, bien liquide, sans mélange apparent de sang.

La membrane interne de ces veines jusqu'à l'axillaire est rouge et un peu dépolie. Il n'en est plus ainsi au delà de cette veine, On ne trouve pas de traces de caillot dans ces veines, ni dans les veines voisines, lesquelles cependant n'étaient pas oblitérées. D'où il suit que le pus ne rencontrait aucune barrière qui pût l'empêcher de se déverser dans le cœur.

Les veines vésico-prostatiques, siège ordinaire des phlébites à distance, étaient parfaitement saines. Il en était de même des veines des membres inférieurs, etc.

Dans les viscères, foie et rate, rien à noter. Dans les poumons : abcès métastatique volumineux dans le lobe inférieur droit; abcès plus petit et infarctus nombreux dans le gauche.

Remarques particulières. — J'ai noté que les veines qui se jettent dans l'axillaire et la sous-clavière ne fournissent pas de sang dans ces veines, bien qu'elles ne fussent pas oblitérées. C'est l'effet de la répulsion du sang par le pus dont j'ai observé maints exemples.

Observation XI. — *Ecrasement de la main droite avec plaies contuses. — Phlébite à distance d'une veine sus-hépatique. — Infection purulente.* — Alex. Labaut, 26 ans, frappeur dans une usine de fer, a la main droite écrasée par un énorme pilon, le 14 avril 1864.

Ablation d'une phalange ; irrigation à l'eau phéniquée.

Jusqu'au 29 avril, état satisfaisant.

Le 1er mai, 16e jour de l'accident, 1er frisson suivi de 3 autres le même jour ; le 2 mai 4e frisson ; le même jour, à 9 heures du soir, 5e frisson.

Mort le 3 mai, à 6 heures du matin.

Autopsie. — Poumons, rate, articulations sains. Point de phlébite à distance, dans les plexus vésicaux, prostatiques, non plus que dans les veines des membres supérieurs et inférieurs. Nombreux abcès métastatiques ordinaires dans le tissu du foie.

Phlébite à distance d'une des veines sus-hépatiques.

Cette veine était remplie de pus, jusqu'à son entrée dans l'oreillette droite du cœur. Mais l'inflammation phlébitique ne s'étendait pas jusque-là ; elle s'arrêtait à une petite distance au-dessous et se terminait par des festons irréguliers.

Observation XII. — *Fracture de la jambe gauche non consolidée. Résection, érysipèle, infection purulente. — Phlébite à distance de la veine fessière droite* (observation résumée). — Le sieur X..., de Wattignies, fracture oblique du tibia et du péroné gauches à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne — au bout de 10 à 12 mois non consolidation due à l'interposition des tendons des extenseurs entre les fragments du tibia.

Résection des fragments du tibia — érysipèle ambulant qui s'étend sur tout le membre gauche et sur le tronc ; fusée purulente peu étendue au côté interne du tibia au-dessus de la fracture exigeant deux petites incisions. Tout semble se passer convenablement du côté de la fracture lorsque des symptômes, d'abord fort peu accusés d'infection purulente se manifestèrent. Un abcès articulaire se montre à gauche puis les accidents généraux se prononcent et le malade meurt le 26 octobre 1867, offrant les phénomènes ultimes de l'infection : subdélirium, oppression, teinte terreuse de la peau, langue sèche, etc.

Autopsie. — Dissection très attentive de toutes les veines superficielles et profondes de la jambe gauche, toutes saines : — les os fracturés, sciés en divers sens n'offrent pas d'infiltration purulente, il en est de même des veines qui en sortent.

Abcès métastatique unique dans le poumon droit, épanchement purulent dans les articulations du genou et du cou de pied gauches, ainsi que dans l'articulation coxo-fémorale droite. Point d'autres collections purulentes.

Les veines des membres inférieurs, de la vessie, du rectum et de l'anus, du bassin ; les intercostales, l'azigos, les veines sus-hépatiques, rénales et spermatiques sont saines. Celles des membres supérieurs du cou et de la tête, celles du rachis, ne sont pas examinées faute de temps.

Un caillot décoloré, résistant, en partie adhérent, est trouvé dans la veine honteuse interne gauche en dedans du bassin. Cette veine est manifestement enflammée, mais elle ne contient pas de pus libre ou mélangé au sang. Cette petite phlébite bornée ne paraît pas être la source de l'infection.

Cependant elle ranime mon courage et je reprends mes recherches que j'étais sur le point d'abandonner. Je dissèque les veines fessières que je n'avais pas disséquées en pareille occurrence et je trouve la branche inférieure pleine d'un pus liquide, un peu coloré par le sang. Cette veine présente des traces manifestes d'inflammation dans presque toute son étendue. Le tronc même de la fessière n'offre ni caillot obturateur, ni traces d'inflammation. Il m'a été impossible de constater le mode de limitation de la phlébite de ce côté. Une portion de la veine ayant été coupée avec trop peu de précautions.

Voici encore un fait d'infection purulente non douteuse puisqu'il est caractérisé par ses principaux symptômes cliniques, et à l'autopsie par des abcès articulaires multiples et par un abcès pulmonaire. Les recherches les plus minutieuses faites sur les os réséqués et sur les veines de cette portion du membre ne montrent aucune trace de phlébite ni d'ostéomyélite. Les recherches longtemps continuées sur un grand nombre de veines et en particulier sur celles qui m'avaient déjà offert des phlébites à distance ne me donnaient que des résultats négatifs.

J'allais, pressé par le temps et surtout parce que le sujet réclamé par ses parents, allait leur être livré, j'allais les abandonner à mon grand regret et considérer ce fait comme incomplet, puisque je négligeais l'examen d'un grand nombre de veines, lorsqu'un caillot d'aspect puriforme, trouvé dans une veine honteuse interne, m'a engagé à disséquer les veines extérieures au bassin.

C'est alors que j'ai trouvé la source de l'infection dans une veine fessière. Je n'ai jamais trouvé ces veines enflammées mais je dois dire que je ne les avais jamais disséquées dans ce but.

Il est probable, d'après les résultats que j'ai obtenus, qu'il n'y a pas de lieu d'élection pour la phlébite traumatique à distance, ainsi que je l'avais d'abord pensé, à cause du résultat concordant de mes premières observations.

Observation XIII. — *Amputation du sein gauche ; Phlébite à distance des veines profondes de la jambe gauche au niveau du creux poplité. Exemple de guérison.* — Mlle P.., 50 ans, système adipeux développé, cancer du sein gauche, très volumineux, avec ganglions axillaires et sus-claviculaires.

Plaie de l'opération trop étendue pour être réunie. — Opération et pansements antiseptiques à l'acide phénique.

Fièvre très modérée les 8 premiers jours. Mais le 9e jour, agitation, fièvre très forte la nuit. Puis le 10e jour, frisson le soir, précédant l'agitation de la nuit. Les mêmes phénomènes fébriles avec frisson continuèrent ainsi pendant 8 à 10 jours et cessèrent lentement. Rien du côté de la plaie ne pouvait expliquer cette fièvre.

Cependant, dès les premières manifestations fébriles, mon attention fut éveillée sur la possibilité d'une infection purulente ; et chaque jour je me mis à la recherche de la phlébite originelle. Dès mes premières investigations, je constatai que la pression exercée sur le creux poplité, du *côté droit* seulement, provoquait une douleur profonde occupant exactement le siège et le trajet des veines profondes de la jambe et plus particulièrement de la péronière. Cette douleur ne dépassait guère le tiers supérieur de la région poplitée.

Elle n'était pas seulement provoquée par la pression; elle était aussi spontanée, et aggravée par les mouvements de la malade qui les redoutait beaucoup. Dès les premiers jours aussi la partie inférieure de la jambe devint œdémateuse.

Je crus devoir faire part à la famille de mes craintes de voir survenir l'infection purulente.

Comme traitement, j'enveloppais tout le membre avec une couche épaisse d'ouate, maintenue par des bandes de flanelle; je défendis de lever la malade et j'évitais toutes palpations inutiles, dans la crainte de déplacer un caillot qui pouvait se former dans le tronc tibio-péronier.

A l'intérieur, sulfate de quinine et ergotine.

Contre toute attente, mes craintes ne se réalisèrent pas. Au bout de 10 à 15 jours, la fièvre cessa, ainsi que la douleur du jarret. L'œdème de la jambe fut plus long à disparaître.

Remarque. — Il reste bien évident pour moi, dont l'attention a été fixée depuis nombre d'années sur les phlébites du creux poplité, que M[elle] P... a été atteinte d'une phlébite à distance de la veine péronière et du tronc tibio-péronier, et, peut-être aussi, par *récurrence*, de la tibiale postérieure, dans une certaine étendue.

L'époque de la manifestation des accidents pyohémiques, la fièvre le neuvième jour, les frissons la nuit du dixième jour et quatre autres qui suivirent; la douleur spontanée, et provoquée par la pression dans la région des vaisseaux veineux du creux poplité, l'œdème de la jambe, ne pouvaient s'expliquer que par un obstacle à la circulation veineuse dans la région du creux poplité.

Si l'on joint à cela, que, d'après mes recherches sur la phlébite à distance, les veines de cette région sont un des sièges les plus fréquents de cette phlébite, après, toutefois, les plexus vésico-prostatiques, on comprendra qu'il n'y avait pas à hésiter sur le diagnostic.

Quant au mécanisme de la guérison, on ne peut l'attribuer qu'à la présence d'un caillot obturateur dans le tronc tibio-péronier. Ce vaisseau présente en effet des conditions favorables à son développement.

Observation XIV. — *Phlébite traumatique superficielle à distance, reconnue trop tard pour agir chirurgicalement.*— Un ouvrier âgé d'environ 46 ans, atteint d'un rétrécissement fibreux de l'urèthre en avant du bulbe, est traité par la dilatation simple depuis près de deux mois sans succès. J'avais résolu de pratiquer l'uréthrotomie interne, lorsque mon interne me demanda de tenter la dilatation forcée au moyen des bougies métalliques coniques, conduite par une bougie molle, ce que je lui permis volontiers.

Cette dilatation produisit une petite déchirure du rétrécissement; je constatais quelques jours après un noyau d'infiltration du canal. Je crus que je serais obligé de l'inciser, mais il n'en fut rien; la résolution se fit assez rapidement.

Cependant, au bout de 12 à 15 jours après la dilatation forcée: fièvre, agitation la nuit, puis frissons suivis de sueurs, etc. C'était le début de la pyohémie.

Je crus qu'elle avait son point de départ dans les veines du corps caverneux de l'urèthre et que la phlébite s'était étendue aux veines du bassin, bien que les explorations que je fis ne m'eussent donné aucun résultat positif.

Dans cette conviction je ne fis pas d'autres recherches; ce ne fut que la veille de la mort, que le malade se plaignit d'un cordon sensible plutôt que douloureux qu'il ressentait depuis plusieurs jours à la partie antérieure de la cuisse gauche. C'était la portion fémorale de la saphène interne, laquelle, à partir du côté interne du genou, jusqu'à son embouchure dans la fémorale, formait un cordon visible mais peu saillant, malgré la maigreur du sujet, peu douloureux à la pression avec un peu de rougeur de la peau. L'inflammation semblait n'avoir pas envahi la veine fémorale. Mais la position désespérée du blessé ne permettait plus aucune opération chirurgicale.

Autopsie. — Caractères anatomiques généraux ordinaires de la pyohémie.

Le canal de l'urèthre ne présente aucune trace de lésion récente. Le rétrécissement sous forme de bride circulaire s'est reproduit et il est difficile de constater les traces de la déchirure provenant de la dilatation.

Le tissu caverneux de l'urèthre, les veines qui en partent, les honteuses internes et externes, de même que les plexus vésico-prostatiques sont absolument sains.

La veine saphène interne n'offre aucune altération dans la portion jambière; ce n'est qu'à partir du condyle fémoral interne qu'elle est altérée par la présence de pseudo-membranes infiltrées de pus. Celui-ci existe dans tout le reste de cette veine jusqu'à son embouchure dans la fémorale.

Vers ce point, deux petites veines contenaient quelques gouttes de pus et étaient enflammées par récurrence dans une longueur de 2 centimètres au plus.

La saphène était manifestement enflammée; sa membrane interne était colorée en rose peu foncé; et sa membrane externe épaissie, indurée. Elle ne s'affaissait pas complètement lorsqu'elle était vidée.

Son embouchure dans la fémorale n'était pas oblitérée; il n'y avait pas de caillot obturateur ni autre. La phlébite s'arrêtait au bord de la valvule.

La veine fémorale parfaitement saine dans toute son étendue, contenait un peu de pus, une ou deux cuillerées à café environ, non mélangé de sang, et dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Dans cette portion elle ne présentait aucune trace d'inflammation. C'est d'ailleurs une observation que j'ai faite nombre de fois. Ce qu'il y a de certain c'est que la communication entre la saphène pleine de pus et la fémorale était parfaitement libre.

Réflexion.— En face de cette autopsie, me démontrant que je n'avais eu affaire qu'à une phlébite à distance superficielle, parfaitement accessible à l'action chirurgicale, j'ai vivement regretté de n'avoir pas reconnu plus tôt cette phlébite que je n'avais pas même soupçonnée, n'ayant jamais rencontré la phlébite à distance dans les veines superficielles. Depuis ce jour je n'oublie pas de faire un examen plus complet : mais c'est le seul cas que j'ai vu.

L'opération m'eût-elle donné un succès ? Elle eût certainement présenté beaucoup de chances si mon diagnostic eût été porté à temps, c'est-à-dire avant que l'inflammation n'eût atteint l'embouchure de la saphène dans la fémorale, cas dans lequel l'excision portant au dessus de la portion qui fournissait le pus, celui-ci se fût écoulé librement au dehors.

Mais au point où en était la phlébite et en admettant que l'infection purulente moins avancée m'eût permis d'intervenir, qu'aurais-je fait ou pu faire ?

1° J'aurais incisé longitudinalement la saphène dans une étendue de 6 à 7 centimètres à partir d'un centimètre au dessous de son embouchure à la fémorale afin d'empêcher le pus déjà formé de s'y engager : puis au moyen d'une petite incision transversale, j'aurais enlevé les deux petites veines contenant du pus et s'ouvrant dans la saphène.

Cela fait et après m'être rendu compte des limites de la phlébite du côté de la fémorale, j'aurais enlevé tout ce qui appartenait à la saphène, j'eusse excisé une petite portion de la paroi antérieure de cette veine, si elle eut présenté des signes d'inflammation.

L'hémorrhagie eût été sans doute facilement maîtrisée par des compressions méthodiques.

Pansement phéniqué, après rapprochement des bords de la plaie cutanée, par quelques sutures métalliques au niveau de l'ouverture de la veine fémorale seulement, ayant soin de laisser une large ouverture pour l'écoulement du pus provenant de la saphène.

Si, enfin, la phlébite bien caractérisée se fût étendue jusqu'au dessus de l'arcade crurale, le cas eût été plus embarrassant encore.

Eut-il fallu se borner à l'opération précédente, espérant que la phlébite ne s'étendra pas davantage vers les gros troncs et que le pus n'étant plus poussé *a tergo* s'écoulerait par la plaie ?

Eut-il mieux valu inciser la veine jusqu'au dessus de l'arcade crurale, capable d'apporter un certain obstacle à l'écoulement du pus formé au dessus ?

Il est probable que c'est à ce dernier parti que je me serais arrêté. En cas d'hémorrhagie j'aurais lié la fémorale. Les oblitérations de cette veine par des thromboses sont loin d'être toujours mortelles.

Congrès de Neurologie de Bruxelles

Maurice FAURE, de Lamalou (Hérault). — **Résultats du traitement anti-syphilitique chez les tabétiques.** — Les cas d'amélioration ou de guérison du tabès par le traitement hydrargyrique, récemment publié, sont peu nombreux. D'autre part, nous savons que, dans 60 pour cent des cas, le tabès a une tendance *spontanée* aux arrêts et aux régressions. Si l'on recherche quels sont les symptômes qui se sont améliorés au cours de cures mercurielles, on constate que ce furent d'abord les douleurs (symptôme éminemment variable et transitoire) et l'incoordination, que presque toutes les thérapeutiques médicamenteuses, autrefois tentées puis abandonnées dans le tabès, avaient aussi paru améliorer. Il n'y a donc pas de raisons suffisantes d'affirmer que le traitement hydrargyrique donne des résultats certains dans le tabès.

D'autre part, des statistiques publiées en collaboration avec les docteurs BELUGOU et GROS, sur 2.500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est un peu moins élevé chez les tabétiques qui ont subi un traitement antisyphilitique, que chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre de cas, où la thérapeutique antisyphilitique s'accompagne d'aggravation, est beaucoup plus grand que le nombre de cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration.

Si l'on cherche à distinguer les résultats obtenus avec le traitement antisyphilitique mixte, par les anciennes méthodes, et les résultats du traitement mercuriel intensif par les formules modernes, on constate que les améliorations ne sont pas plus nombreuses avec les nouveaux procédés qu'avec les anciens, et qu'au contraire, les aggravations sont plus nombreuses.

Il y a donc lieu de craindre que le traitement antisyphilitique du tabès ne justifie pas la confiance qu'on lui a témoignée, à plusieurs reprises, en se basant d'ailleurs sur des vues de pathologie générale et d'anatomie pathologique, beaucoup plus que sur des faits thérapeutiques. La recrudescence de faveur, que lui vaut actuellement l'emploi des doses intensives de mercure, nous paraît devoir être passagère, et particulièrement injustifiée. Cependant comme le traitement antisyphilitique paraît réussir dans quelques cas, comme il joue peut-être un rôle préventif, et qu'il est sans doute pour quelque chose dans l'atténuation générale du pronostic du tabès, il y a toujours lieu de le tenter, mais non pas avec un esprit systématique, et en sachant l'arrêter lorsqu'il est évident qu'il est nocif ou lorsque des essais prolongés l'ont démontré inutile.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Palmes académiques

Dimanche dernier, à Landrecies, le Ministre de la guerre a remis les palmes d'Officier d'académie à M. le docteur BOURDON, maire de Bousies.

Nous adressons à notre distingué confrère nos bien sincères félicitations.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BEYROUTH

M. le docteur J. CALMETTE, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de thérapeutique à l'Ecole française de médecine de Beyrouth.

Corps de santé militaire

Réserve. — Sont nommés médecins aides-majors : MM. les docteurs DASSONVILLE, COUVREUR, BRASSART, CURMER, HAUTEFEUILLE, FIÉVET, FELHOEN et CRESPIN.

Distinctions Honorifiques

Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs CHARRIÈRE, de Souvigny ; ANDERODIAS, d'Amiens ; COSTENSOUX, DUBRISAY, CHARCOT, de Paris.

Notre Carnet

M. le docteur DELAHOUSSE, de Roubaix, nous fait part de la naissance de son fils JEAN. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs LACHIZE, de la Demi-Lune (Rhône) ; FEYAT, de Pont-l'Evêque ; HOUDET, de Boulon (Calvados) ; RONDEAU, d'Aigurande ; ANGOT, de Montsoult ; PLICOT, de Fère-Champenoise ; M. Théodore CHAVANNES, externe des hôpitaux de Lyon, qui a succombé aux suites d'une piqûre anatomique.

OUVRAGES REÇUS

— **L'épidémie de variole de Lille 1902-1903 ; remarques et faits cliniques relatifs à 365 cas de variole (hommes) soignés au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Charité, par le docteur DELÉARDE, Lille, Delemar et Dubar, 1903.**

— **De la bilharziose urinaire,** étude clinique par le docteur TSEKAKI, Alexandrie, Angelo, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

35e SEMAINE, DU 23 AU 29 AOUT 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	4
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	»	3
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	5	5
60 à 80 ans	6	11
80 ans et au-dessus	1	2
Total	48	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	9	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	4	»	»	»	»	»	3	10	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	2	»	»	1	1	»	»	1	»	3	11	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	7	»	»	4	»	»	»	»	»	10	22	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	1	5	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	»	8	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	5
Fives, 24,191 hab.	»	2	»	1	1	»	»	2	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	2	12	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	8
Total	»	3	»	2	1	3	»	4	4	5	19	»	»	18	2	»	»	2	»	27	90	111

Lille. -- Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 348. Septième Année. N° 37. Le Numéro : **10** centimes 13 Septembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT *5 fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS *3 fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Prophylaxie de la variole dans les pays chauds (1)

par **C. Guérin**, médecin-vétérinaire,
Chef du laboratoire des sérums et vaccins à l'Institut Pasteur de Lille

Il n'entre pas dans nos intentions de faire l'exposé historique d'une affection à laquelle, depuis plus de cent années, la géniale découverte de JENNER a opposé les mesures prophylactiques les plus efficaces.

La vaccination préventive inoffensive, substituée par ce grand observateur à la variolisation souvent dangereuse, réalisa immédiatement toute la prophylaxie de la maladie. L'efficacité de l'inoculation vaccinale contre l'infection variolique est indiscutée et indiscutable : malheureusement, si, depuis l'origine, l'histoire de la vaccine a fait couler des flots d'encre, elle reste encore entachée d'obscurité, tout au moins quant à son essence. Il est cependant permis de penser que cette anonymie mystérieuse de l'agent virulent touche à sa fin. La mise en évidence des microbes invisibles éclaire d'un jour nouveau toute l'étiologie des maladies éruptives. La découverte espérée des agents déterminants de la variole et de la vaccine rendra peut-être illusoires les efforts que nous faisons pour modifier en les perfectionnant, les procédés de préparation et d'utilisation de la vaccine. Mais, en attendant cet heureux jour la variole règne en maîtresse dans les possessions coloniales de toutes les puissances. Il est de notre devoir d'apporter tous nos efforts à cette lutte antivariolique dans les pays chauds, en raison même des difficultés que présente, dans ces pays, l'application de la seule mesure prophylactique efficace, la vaccination.

Nous ne nous arrêterons pas à condamner la pratique dangereuse de la variolisation encore usitée en Chine, et à reconnaître la supériorité des vaccins animaux au vaccin humain. Les causes de nos préférences sont trop connues pour que nous nous attardions à les examiner. La vaccination humaine de bras à bras peut être un succédané, un adjuvant de la vaccination animale, et dont l'emploi limité aux circonstances urgentes ne doit pas être généralisé.

II. — CENTRES VACCINOGÈNES EUROPÉENS

La production de la vaccine animale, nécessaire à la prophylaxie antivariolique est assurée dans les

(1) Rapport au XVe Congrès international d'hygiène et de démographie de Bruxelles (séance du 9 septembre 1903).

états européens, par tous les centres vaccinogènes qui, depuis une trentaine d'années surtout, se sont multipliés et ont fourni aux hygiénistes les armes dont ils avaient besoin. Il n'est pas exagéré de dire qu'aucune préparation n'exige plus de soins délicats. Le modus faciendi que l'on trouve décrit par tous les auteurs qui se sont occupés de la question, n'est que l'expression superficielle d'une technique obligatoire, invariable ; mais, les descriptions sont muettes sur nombre de détails importants, indispensables, véritables petits tours de main, enseignés par l'expérience aux chefs de ces services vaccinaux et variant avec chacun d'eux. La mise en marche d'un centre producteur de vaccine, la mise au point de ces détails techniques dont nous parlons, ne peuvent être que la résultante des observations faites sur place, et dont le milieu, la température, l'état hygrométrique, l'altitude, les espèces, les races, l'âge des vaccinifères sont les facteurs.

D'ailleurs, et comme conséquence, chaque directeur de service vaccinal possède sa méthode de préparation, fruit de *son* observation et de *son* expérience, qu'il conserve mystérieusement et jalousement, précaution illusoire si nous nous rappelons que c'est uniquement par l'adaptation locale que chaque vaccinateur créera les conditions les plus favorables de sa technique.

C'est donc aux services vaccinaux européens que les colonies s'adressent pour leur procurer la matière vaccinale que les centres vaccinogènes indigènes, dont nous parlerons dans un instant, ne peuvent leur fournir. Chargé par le gouvernement français de constituer cet appoint à nos colonies, le service vaccinal de l'Institut Pasteur de Lille expédie environ les 3/5 de la consommation annuelle ; le reste étant préparé sur place ou dans les centres peu éloignés. Nous avons pu ainsi recueillir des documents authentiques sur le sort de ces envois lointains et en tirer des indications précieuses.

La première constatation qu'il nous a été donné de faire, fut la variabilité de la virulence des différentes récoltes cependant préparées dans les mêmes conditions. Cette variabilité de virulence est entièrement sous la dépendance de causes que nous pourrions appeler *fonctionnelles*, c'est-à-dire inhérentes à la qualité de la substance vaccinale au moment de sa récolte et de causes secondaires, *occasionnelles* dont nous avons pu préciser le mode d'action.

La virulence d'un vaccin est fonction uniquement du *nombre* des éléments virulents qu'il contient ; il ne saurait être question d'atténuation de ces éléments, puisque grâce à une technique particulière que nous exposerons plus loin, les vaccins soi-disant atténués, reproduisent sur nos animaux d'expériences spéciaux des lésions en petit nombre, il est vrai, mais absolument typiques, et, dont la virulence primordiale est retrouvée par un seul passage.

Il est une notion bien connue de tous les producteurs de vaccin : c'est qu'une éruption vaccinale du plus bel aspect chez la génisse peut ne donner que de médiocres resultats chez l'enfant ; toujours dans ce cas, la conservation d'une telle récolte est mauvaise. Il s'agit bien là de pustules pauvres en germes virulents malgré leur aspect satisfaisant.

Il est bien évident que ces récoltes pauvres ne peuvent supporter un long voyage ; c'est pour les éliminer que nous avons mis en pratique le contrôle du nombre des éléments virulents dans un échantillon de composition donnée inoculé sur une surface déterminée. Nous avons pu, d'autre part, déterminer les causes dites *occasionnelles* qui aboutissent, à plus ou moins bref délai, à la diminution de nombre, puis à la disparition totale des éléments actifs du vaccin.

Ces causes sont sous la dépendance de la chaleur et de la glycérine, combinées dans leurs effets, sur une matière vaccinale dans un état plus ou moins complet de division.

Le rôle de la glycérine dans la purification des vaccins, fait connu depuis longtemps, n'est, en réalité, que le résultat de l'action antiseptique de ce liquide. En même temps que diminuent de nombre, sous son influence, les microbes étrangers disparaissent aussi peu à peu, les éléments virulents ; et quand un échantillon de vaccin ne pousse plus *lorsqu'on l'ensemence en milieu liquide*, on peut affirmer qu'il n'a plus de virulence spécifique.

La glycérine exerce donc son action destructive parallèlement sur les microbes associés et sur les éléments actifs du vaccin.

La rapidité de cette action destructive de la glycérine sur une quantité déterminée de substance vaccinale est fonction de la température, de l'état de division de la matière virulente, enfin de la quantité de glycérine mise en présence de cette matière. Pour déterminer ces conditions nous nous sommes servis des champs vaccinaux confluents que nous obtenons

si facilement chez le lapin, ainsi que nous le verrons plus loin.

A la fin du quatrième jour les lapins vaccinifères étaient sacrifiés. La partie de la peau portant l'éruption confluente était soigneusement enlevée et découpée en petits fragments carrés de surface égale. Trois séries d'expériences furent instituées dans chacune desquelles fut mis en jeu l'un des trois facteurs dont nous avons parlé plus haut : *température, état de division de la matière vaccinale quantité de glycérine mélangée*. Les températures minima et maxima furent respectivement de 8° et de 30° au-dessus de zéro ; les quantités de glycérine ajoutées à un centimètre carré de peau vaccinée furent de 1/2 et de 5 centimètres cubes ; la division de la matière vaccinale fut obtenue avec la machine à triturer de Chalybaüs.

Dans la première série d'expériences (*quantité de peau vaccinée et glycérine constantes, température variable*) nous avons trouvé qu'au bout de quatorze jours, à 30°, le fragment de peau était stérile et avait perdu toute virulence vaccinale, alors qu'à 8° le fragment donnait une culture en bouillon et des pustules de vaccine par inoculation encore au bout de sept semaines.

Dans la seconde série d'expériences (*quantité de peau vaccinée et température constantes, quantité de glycérine variable*), nous avons vu qu'à basse température un excès de glycérine n'avait qu'un effet nuisible peu appréciable, alors qu'à 30° l'action destructive était intense à ce point qu'un fragment de peau vaccinée de 1 centimètre carré était stérilisé en 7 jours.

Dans la troisième série d'expériences, enfin (*quantité de glycérine et température constantes, matière vaccinale divisée par trituration*), nous avons constaté que l'action antiseptique de la glycérine sur ces éléments vaccinaux, pour ainsi dire mis en liberté par la trituration, s'exerçait d'une façon notable à basse température, et d'une façon très intense à 30°. Des vaccins triturés résistant à peine 30 jours, à cette température alors que les mêmes, non triturés étaient encore virulents au bout de 3 mois.

Cette conclusion simple et pratique fut immédiatement tirée : *conserver, à basse température, les pustules vaccinales, non triturées, dans le moins de glycérine possible*.

Ces indications nous ont été d'un précieux secours dans le fonctionnement de notre service vaccinogène régional. Nous triturons au fur et à mesure des besoins une petite quantité de pustules entières ; nous ajoutons la quantité de glycérine jusqu'à consistance voulue, nous mettons en tubes et nous expédions pour l'usage immédiat.

Malheureusement, dans les envois aux colonies, l'Administration militaire veut recevoir du vaccin trituré ; nous nous conformons à ses exigences ; et, pour pallier aux inconvénients qui en résultent, nous enfermons le vaccin trituré dans de gros tubes de verre, bouchés au liège et contenant de quoi pratiquer 50 vaccinations. Nous recommandons en outre, aux commissaires des navires postaux, de faire placer les caisses dans la glacière.

Toutes ces mesures ne sont, en réalité, qu'un faible palliatif aux inconvénients que présente le transport du vaccin européen aux colonies.

Tout parle en faveur de la création de centres vaccinogènes indigènes ; ne serait-ce que la difficulté de se procurer le vaccin en temps d'épidémie, au début, pendant lequel la durée du voyage rend toute prophylaxie rapide illusoire.

II. — CENTRES VACCINOGÈNES INDIGÈNES

Si nous sommes partisan convaincu de la production vaccinale indigène, nous ne nous faisons aucune illusion sur la difficulté de création de ces centres, trop peu nombreux, hélas, à l'heure actuelle. Nous avons recueilli, à ce sujet, le témoignage précieux de notre maître le Professeur CALMETTE, qui, en 1890, reçut la mission d'organiser, en Indo-Chine, le premier service vaccinogène colonial français. Toutes les questions d'adaptation locale durent être étudiées l'une après l'autre ; et il eut le grand mérite de laisser à son départ de Saïgon, en 1893, une organisation vaccinale absolument mise au point, et exactement adaptée aux conditions ambiantes, avec lesquelles on est obligatoirement forcé de compter. C'est qu'en effet les races bovines locales diffèrent totalement au point de vue zootechnique de celles que nous connaissons en Europe. Les conditions économiques dans lesquelles elles vivent, leur tempérament, leur sensibilité, leur aptitude inégale à l'infection vaccinale, sont autant de points particuliers inconnus, qu'il s'agisse de bovidés à bosse ou de buffles et dont la connaissance nécessite de la part de l'opérateur une longue étude approfondie, que le climat plus ou moins meurtrier ne lui permet souvent pas d'achever. Si nous ajoutons à cela la difficulté de recevoir d'Europe

des semences vaccinales très virulentes ; l'impossibilité matérielle dans laquelle on se trouve de soustraire les vaccinifères, en cours d'éruption, à la température excessive du milieu ; l'obligation de préparer des vaccins glycérinés pour les foyers d'infection éloignés, nous pouvons juger de suite les difficultés souvent insurmontables auxquelles on se heurte.

Nous avons cherché, M. le Dr Calmette et moi, à les aplanir en raison de l'importance extrême que présente la propagation de la vaccine dans nos colonies, et nous avons entrepris, dans ce but, toute une série de recherches dont nous donnons, ci-après, un court exposé.

IV. — LE LAPIN COMME VACCINIFÈRE

La réceptivité du lapin pour la vaccine a été signalée dès 1889 par Gailleton. Bard et Leclerc montrèrent ensuite que cet animal peut parfaitement être employé comme vaccinifère et que la lymphe qu'il fournit inoculée à la génisse et de celle-ci à l'enfant reproduit l'éruption vaccinale avec tous ses caractères. Ces savants obtenaient leurs pustules chez le lapin en scarifiant la peau du dos préalablement rasée.

Lorsqu'on pratique l'inoculation vaccinale chez le lapin, au moyen de scarifications superficielles intéressant plus ou moins profondément le derme, on obtient rarement des pustules ombiliquées caractéristiques. Le plus souvent on observe, le troisième et le quatrième jour, la formation d'une zone rouge autour de la strie, presque sans gonflement des tissus sous-jacents, et cette zone ne tarde pas à se couvrir d'une croute sèche qui tombe vers le septième jour. Il est extrêmement rare qu'on obtienne ainsi des boutons franchement ombiliqués et lorsqu'on inocule le même vaccin à plusieurs lapins on trouve que la réceptivité de ces animaux est très variable. Beaucoup d'entre eux ne donnent qu'une pustulation insignifiante.

Nous avons d'abord pensé que si l'évolution vaccinale présentait tant de variabilité chez le lapin, il fallait peut-être en chercher la raison dans la difficulté d'immobiliser ces animaux et de les empêcher de souiller le champ opératoire.

Nous avons recouvert celui-ci avec des pansements ouatés et du collodion et nous avons placé nos animaux à l'obscurité et à des températures différentes. Nous avons constaté ainsi que l'éruption se faisait le mieux chez les lapins dont le champ vaccinal était à découvert et que nous maintenions à une température moyenne de 18 à 20°.

L'obscurité n'avait aucune influence sur l'évolution des pustules. Le mode d'insertion en avait bien davantage ; toutes les fois que le derme était entamé un peu profondément pendant la scarification, et qu'il y avait effusion de sang, même légère, non seulement l'insertion vaccinale, faite à cet endroit, ne produisait aucune pustule, mais il ne s'en produisait pas non plus sur le reste du champ.

Au contraire, si nous nous contentions de badigeonner avec de la pulpe vaccinale la peau fraîchement rasée, sans faire d'autres lésions épidermiques que celles très superficielles que produit le feu du rasoir, nous obtenions avec une régularité parfaite des éruptions confluentes tout à fait caractéristiques. — Après 48 heures on observe, en pareil cas, une congestion intense du derme, dont la coloration rouge vif tranche sur les parties voisines restées blanches. Cette réaction locale est très apparente sur les animaux de couleur claire ou albinos.

Le quatrième jour l'éruption est à maturité complète. La plupart des pustules s'ombiliquent nettement surtout sur le bord des plaques rouges.

D'autres commencent à se recouvrir de croûtes jaunâtres. Les jours suivants la dessiccation s'achève. Les croûtes tombent le onzième ou douzième jour, les cicatrices blanches restent apparentes pendant longtemps.

Toutes les fois qu'on effectue ainsi l'insertion vaccinale chez le lapin, sans produire de lésions profondes du derme, on obtient des résultats excellents. Ce mode opératoire est donc celui que l'on devra toujours adopter.

La pulpe vaccinale recueillie le quatrième jour, *après sacrification de l'animal*, avec une curette à bords tranchants, est très active et assez abondante pour vacciner environ deux cents personnes par animal.

Les nombreuses vaccinations que nous avons pratiquées sur l'enfant avec un tel vaccin, nous ont montré qu'elles ne différaient en rien, comme régularité d'évolution, de celles pratiquées dans les mêmes conditions avec le vaccin provenant de la génisse.

Il résulte, d'autre part, des renseignements que nous avons pu obtenir des Colonies, que le lapin existe à peu près partout, ou, tout ou moins, qu'il est facile de se le procurer à peu de frais. Cet animal ne contracte pas, normalement, de maladies transmissibles à l'homme. Chez lui la tuberculose spontanée est une

rareté exceptionnelle, d'ailleurs, la nécropsie immédiate met à l'abri de cette éventualité. Nous voilà donc en possesion d'un petit vaccinifère, d'un prix peu élevé, facilement transportable après vaccination, et chez lequel l'évolution vaccinale, chose précieuse dans les pays chauds, est complète en quatre jours. Nous avons là une arme de tout premier choix pour pouvoir, dans tous les cas, vacciner d'animal à bras, sans l'intervention néfaste de la glycérine.

Les semences vaccinales que nous expédions aux colonies arrivent-elles moins virulentes qu'au départ? Un seul passage par le lapin leur rend, en quatre jours, leur intégrité primitive ; un second passage immédiat donnera l'éruption confluente que nous avons décrite, grâce à laquelle deux cents personnes pourront être vaccinées avec toutes les garanties de succès.

Les médecins coloniaux auxquels nous avons tout d'abord fait connaître le résultat de nos recherches, nous ont déjà fourni des rapports constatant le bien fondé et l'utilité pratique de la vaccine du lapin aux colonies.

Si pour nous, Européens, cette production du vaccin par le lapin n'a qu'une importance relative, l'adaptation de cet animal à cette fonction n'en a pas moins une importance énorme, dans le rôle de vaccinifère intermédiaire que nous lui faisons jouer.

V. — Le lapin comme régénérateur des vaccins affaiblis et comme animal de passage dans la préparation du vaccin de génisse

Nous connaissons toutes les difficultés auxquelles sont aux prises les préparateurs de vaccin, pour conserver dans leur intégrité les semences destinées à perpétuer la souche que chaque office vaccinal conserve avec un soin jaloux. A priori il semblerait qu'il suffise de réinoculer à la génisse le produit vaccinal au moment où il est le plus virulent, pour reproduire indéfiniment, chez cet animal la lésion avec ses caractères typiques. Pratiquement, les choses sont loin de se passer ainsi. Le vaccin, qui n'est jamais plus virulent qu'au moment même de sa récolte, est, malheureusement, à cette période, accompagnée d'une grande quantité de microbes étrangers recueillis en même temps sur la peau du vaccinifère. Un tel mélange inoculé à la génisse dénature complètement au bout de deux ou trois passages immédiats seulement l'éruption vaccinale quant à son aspect et à sa qualité. A la faveur des plaies d'insertion, en effet, ces microbes normaux de la peau de la génisse prennent rapidement une vigueur inaccoutumée et créent en quatre jours une lésion d'infection locale, dans laquelle le germe virulent du vaccin plus lent à se développer ne trouve plus le terrain favorable à cette évolution. D'où l'habitude que nous avions prise, autrefois, de soumettre nos semences vaccinales à l'action purifiante de la glycérine pendant une quinzaine de jours avant la réinoculation au détriment toutefois de leur activité spécifique.

Dans la technique que M. Calmette et moi avons instituée pour la vaccination du lapin, nous ne faisons pas de scarifications de la peau, par conséquent pas de porte d'entrée pour les infections secondaires ; nous avons affaire à une surface cutanée fine lisse, facilement nettoyable ; nos animaux vaccinés ne peuvent souiller leur champ opératoire puisqu'il se trouve sur le dos, enfin, l'éruption vaccinale est complète en quatre jours chez le lapin, devançant ainsi de deux jours la même évolution chez la génisse. Si nous ajoutons à cela que la flore microbienne cutanée du lapin, que nous récoltons avec le vaccin, est toute différente de celle qui se trouve normalement sur la peau de la génisse, toutes les conditions sont réalisées pour que nous puissions faire le passage immédiat de lapin à génisse, au moment même où le vaccin, qui n'a pas subi le contact de la glycérine, possède son maximum d'activité.

Ces données précises sont le résultat de la mise en pratique de cette méthode depuis trois années déjà (septembre 1900).

Nous n'avons plus observé, depuis cette époque, ces éruptions avortées chez la génisse, qui rendaient inutilisables un certain nombre de récoltes. — En 1902 le département du Nord fut envahi par la variole, qui y régna pendant quatorze mois. Nous pûmes fournir 160.000 tubes de 5 vaccinations chacun avec 53 génisses vaccinifères seulement, ce qui fait environ 3.000 tubes et 15.000 vaccinations par génisse. La même souche de vaccin nous sert depuis l'année 1900, nous n'avons aucune crainte de la perdre. Par trois fois, nous l'avons vu diminuer de virulence sur la génisse, deux passages consécutifs sur le lapin ont suffi, chaque fois, à lui faire reprendre sa virulence primitive.

Devant ces résultats nous n'hésitons pas à recommander aux producteurs de vaccin cette technique simple et pratique ; quelques-uns d'entre eux, déjà,

sont venus à l'Institut Pasteur de Lille s'initier à ses phases spéciales. Nous sommes toujours heureux de nous mettre à leur disposition pour leur faciliter autant qu'il nous est possible leur tâche délicate.

CONCLUSIONS

I. — L'action combinée de la glycérine et de la chaleur, sur le vaccin trituré, se traduisant par une stérilisation plus ou moins rapide de tous les éléments virulents ; il importe pour l'usage de *conserver à basse température les pustules vaccinales non triturées, dans le moins de glycérine possible.*

II. — La difficulté qui en résulte de pourvoir les colonies de vaccin européen virulent, rend indispensable la création de nombreux centres vaccinogènes indigènes.

III. — Dans ces centres, le lapin peut rendre comme vaccinifére des services signalés, en raison de sa sensibilité à la vaccine, et de la courte évolution, chez lui de cette infection.

IV. — Le lapin devient dans les instituts vaccinaux un animal précieux de contrôle et un régénérateur certain des vaccins atténués permettant de faire suivre à la vaccine le cycle lapin génisse sans intervention de glycérine.

Consultations Médico-Chirurgicales

Rougeole

Professeur-agrégé E. Ausset.

INFORMATIONS CLINIQUES. — La rougeole est une maladie infectieuse, très contagieuse, qui se caractérise essentiellement par un exanthème cutané et un enanthème oculaire, nasal, buccal, pharyngé, laryngé et trachéal.

1° Rougeole normale, sans complications

A. — Un enfant de quatre à cinq ans, ayant été huit ou dix jours auparavant en contact avec un rougeoleux, se réveille un matin avec de la fièvre, 39° à 39°5 ; il a les yeux larmoyants, les conjonctives plus ou moins injectées ; il a de l'enchifrènement, il éternue fréquemment, quelquefois saigne du nez ; il tousse d'une toux rauque, quinteuse, férine, incessante, très pénible. Dès ce moment, si on examine la muqueuse buccale, on la trouve rouge, le pharynx érythémateux, le voile du palais recouvert d'un pointillé également rouge. Les choses vont ainsi trois à quatre jours, la fièvre semble vouloir céder, lorsque le troisième ou le quatrième jour on trouve l'enfant avec des taches rouges sur la figure, qui, parties du menton, envahissent toute la face, taches plus ou moins rouges, légèrement saillantes, arrondies, ovalaires, laissant entre elles des intervalles plus ou moins grands de peau saine. Puis ces taches gagnent le tronc, les membres supérieurs, les membres inférieurs, de telle sorte qu'en deux ou trois jours tout le corps est recouvert de ces petits éléments. Pendant toute cette période la fièvre est restée aux environs de 40° ; vers le quatrième ou cinquième jour elle baisse et en deux jours au plus la température est devenue normale.

A mesure que la fièvre tombait, l'éruption pâlissait pour disparaître dans le même ordre qu'elle avait adopté pour se montrer. C'est alors qu'on constate, une fois l'éruption disparue, une petite desquamation épidermique, fine, furfuracée, parfois très discrète, en général proportionnelle à l'intensité de l'éruption. Cette desquamation se prolonge huit à quinze jours. Ce petit malade vient d'avoir une *rougeole normale, sans complications et de moyenne intensité.*

B. — Un enfant présente un catarrhe oculo-nasal, une éruption bucco-pharyngée, caractéristique de la rougeole. Mais, d'emblée, la température s'élève très haut, dépasse 40° ; au moment de l'éruption elle monte encore davantage, atteint ou dépasse 41° : il a du délire, de la carphologie ; la langue est rôtie, l'aspect du malade est celui d'un typhique grave. Il existe une dyspnée considérable, ne correspondant à aucune lésion pulmonaire, car l'auscultation ne dénote qne des râles de grosse bronchite ; c'est de la dyspnée par intoxication bulbaire. En même temps les jambes se couvrent de taches purpuriques, il y a de nombreuses ecchymoses sous-cutanées ; on peut même observer des hémorrhagies par les muqueuses. *C'est la forme grave, maligne,* de la rougeole.

2° Rougeoles compliquées

Les complications de la rougeole sont multiples et peuvent porter sur tous les appareils. Nous choisirons seulement les types cliniques les plus communs.

A. — Dès le début de la période d'invasion, un petit malade présente du *laryngisme striduleux* ; il est gêné pour respirer : il ne s'agit pas de stridulisme banal, la dyspnée persiste entre les crises, la voix et la toux sont rauques. Quelquefois cette laryngite deviendra pseudo-membraneuse, diphtérique.

B. — Chez un autre enfant, on voit la bronchite banale habituelle se capillariser avec une extrême rapidité : la poitrine est encombrée de petits râles fins, il y a des zones soufflantes, la dyspnée est intense avec cyanose de la face, la *broncho-pneumonie* s'installe.

Dans un autre cas, la température qui tendait à décroître subit une ascension brusque, on trouve un souffle très étendu avec des râles très fins, on croit à une broncho-pneumonie. Mais tout disparaît en deux à trois jours, ce n'était que de la *congestion pulmonaire*.

Ailleurs, c'est un malade dont la bronchite rubéolique ne se résout pas, tourne à la chronicité ou bien ouvre la porte à la tuberculose. La rougeole est une maladie tout particulièrement tuberculisante.

C. — Un enfant, atteint de rougeole, commence à se plaindre de l'oreille, la température s'est encore élevée ; puis, très rapidement, apparait un écoulement unilatéral ou bilatéral ; la suppuration s'installe, intarissable, quelquefois fétide, ne disparaissant que pour réapparaître plus tard ; enfin les cellules mastoïdiennes peuvent à leur tour être envahies ; il s'agit d'une *otite*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La rougeole est essentiellement contagieuse; on fera donc tous ses efforts pour limiter cette contagion. Comme il s'agit d'une maladie infectieuse, essentiellement tuberculisante, on soutiendra avec grande attention les forces du malade on facilitera l'élimination des produits toxiques fabriqués, on veillera sur le bon fonctionnement du système nerveux, grand régulateur des échanges organiques. En raison de la fréquence des infections secondaires, on s'attachera surtout à leur prophylaxie.

Chaque complication amènera nécessairement de son côté des indications spéciales que l'on retrouve traitées aux consultations correspondantes : laryngites, broncho-pneumonies, otites, etc...

TRAITEMENT. — Dans la rougeole, les cas isolés sont rares, l'état épidémique fréquent, aussi la prophylaxie appelle-t-elle l'attention en même temps que, sinon avant le traitement curateur.

PROPHYLAXIE. — La rougeole est contagieuse dès l'invasion ; aussi l'**isolement** doit-il être mis en pratique d'aussi bonne heure que possible ; l'isolement est **souvent illusoire**, la contagion étant effectuée quand on s'aperçoit du premier cas. On pourrait même dire qu'il y a inconvénient à envoyer les frères et sœurs du malade dans d'autres familles, car, s'ils sont déjà contaminés, et il en est souvent ainsi, ils ne peuvent que disséminer la maladie.

En tous cas, la chambre du malade sera rigoureusement consignée. Ceux qui le soignent ne devront pas, si la situation sociale le permet, communiquer avec les autres personnes de la maison, ou tout au moins devront porter des blouses de toile ou des vêtements spéciaux. On prescrira des **lavages des mains** et du visage avec des solutions antiseptiques, avec, par exemple une solution d'**aniodol**, ou un savon à l'**hermophényl**.

L'isolement du malade durera une quinzaine de jours pour les rougeoles non compliquées.

Les linges du malade seront immédiatement plongés dans l'eau bouillante. **Mais il est superflu de désinfecter la chambre**, la durée de la virulence du germe rubéolique étant très éphémère. Bien entendu, cette désinfection s'imposera pour les rougeoles compliquées d'infections secondaires, ou si l'enfant a succombé.

Dans les écoles, avant de provoquer le licenciement, **on mettra en observation pendant une quinzaine de jours** les enfants qui ont pu avoir contact avec le petit malade ; on ne se résoudra au licenciement que si l'épidémie se développe malgré cela.

Dans les crèches on redoublera de surveillance et de sévérité à cause de la gravité de la rougeole dans le tout jeune âge. On ne devra pas hésiter à **faire fermer une crèche** où se sera déclaré un cas de rougeole.

TRAITEMENT CURATEUR. — Comme il est dit aux indications, le traitement curateur de la rougeole vise à soutenir l'organisme, veiller à l'élimination des poisons, maintenir dans son rôle de régulation le système nerveux, enfin prévenir les infections secondaires. Mais, suivant l'intensité, les moyens thérapeutiques employés doivent différer pour remplir les premières indications. Dans tous les cas, quels qu'ils soient, les moyens destinés à prévenir les infections secondaires devront toutefois être les mêmes.

I. Prophylaxie des infections secondaires. — Que la rougeole soit bénigne, ou qu'elle soit grave, un danger réside dans l'apparition si fréquente des infections secondaires. Ces infections proviennent, le plus souvent des microbes hôtes habituels de notre peau ou de nos cavités naturelles.

Dès le début d'une rougeole on fera donc de l'antisepsie de ces cavités et de la peau. Trois fois par jour on prescrira des **gargarismes**, ou si l'enfant est jeune, des **lavages de la cavité buccale** avec de l'eau thymolée à 1 pour 1.000 ; on instillera dans le nez une solution d'huile mentholée au centième, matin et soir ; on nettoiera fréquemment les yeux, la vulve, l'anus. On insistera sur les **bains** quotidiens dont nous parlions plus haut. Au moment de la desquamation, on donnera des bains savonneux et même des bains boriqués.

II. La rougeole est simple, de moyenne intensité. — Dans le cas de rougeole simple, on se bornera à faire de l'**hygiène**. L'enfant sera, autant que possible, placé dans une vaste pièce, bien éclairée, pouvant s'aérer facilement. On évitera de trop le couvrir, la **sudation n'ayant que des inconvénients.** On le fera boire, abon-

damment, des **infusions** de tilleul, de bourrache, de queues de cerises et surtout du **lait**, qui, tout en activant la diurèse, constituera l'aliment par excellence.

Tous les jours on donnera un **bain** à 37° d'une durée de dix minutes, qui réalisera l'antisepsie de la peau, agira efficacement sur la fièvre et le système nerveux, activera la diurèse.

III. La rougeole est grave. — *Fièvre.* — Dans le cas de rougeole grave, l'**hyperthermie ne doit pas être combattue par les médicaments** ; l'antipyrine, la quinine sont nuisibles. La balnéation est indiquée : on commence par des **bains frais** à 28°, dont on abaisse la température suivant les résultats observés vis-à-vis de la fièvre, de l'urination, de l'ataxo-adynamie, etc... **Une complication broncho-pulmonaire, au cours de ces rougeoles graves, n'est pas une contre-indication aux bains froids,** bien au contraire. Chez les tout jeunes enfants, au dessous de deux ans, le bain froid est mal toléré, la réaction s'effectue difficilement ; on s'adressera alors au **drap mouillé froid**.

État général. — En même temps on prescrira des toniques, tels que la **teinture de kola**, des excitants diffusibles, tels que l'**acétate d'ammoniaque**. On prescrira la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque . .	2 grammes
Teinture de cannelle. . .	ãã o gr. 50.
Teinture de kola	
Cognac vieux	10 grammes.
Julep gommeux.	q. s. pour 125 gr.

à prendre dans les vingt-quatre heures. par cuillerées à café.

On s'abstiendra des préparations de quinquina, surtout de l'extrait mou qui, chez les enfants, amène souvent des vomissements.

On insistera donc sur les **boissons très abondantes** ; on prescrira au moins trois litres de liquide, dont un litre et demi de lait. Dans des cas très graves, on fera des injections sous-cutanées de **sérum artificiel** (solution à 7 pour 1.000), environ 500 grammes par jour en deux ou trois fois, chez un enfant de trois à quatre ans.

Circulation. — Le cœur sera surveillé avec grande attention. Les bains et les boissons abondantes aideront déjà à son soulagement. Mais si cela ne suffit pas, on donnera le **sulfate de spartéine** en une injection sous-cutanée, deux à trois fois par jour suivant l'âge. **La caféine est souvent mauvaise chez les enfants** ; elle leur donne de l'excitation, quelquefois du délire. **Ne jamais prescrire de digitale dans ces cas.**

Système nerveux. — On stimulera le système nerveux à l'aide d'injections d'**huile camphrée** au dixième ; on les préfèrera aux injections d'éther très douloureuses ; on fera trois, quatre injections par jour de cette huile, un gramme chaque fois.

C'est encore la balnéation, employée comme nous l'avons dit plus haut, qui agira le plus efficacement sur le système nerveux.

Tube digestif. — En même temps on fera l'autopsie du tube gastro-intestinal. Si l'enfant est assez grand on donnera un **purgatif salin**, qui a l'avantage d'exciter la sécrétion urinaire quand son action purgative est terminée ; chez les malades tout jeunes, on prescrira un paquet de **calomel** de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 suivant l'âge.

Il existe une complication. — Il serait trop long de passer en revue toutes les complications possibles de la rougeole. Quelques-unes ont déjà été prévues du reste.

Adénoïdite. — Cette complication, résultat de la propagation de l'inflammation au rhino-pharynx dont les éléments lymphoïdes s'hypertrophient, sera combattue par les larges instillations d'huile mentholée au centième. A l'aide d'une seringue nasale on injectera, trois fois par jour, dans chaque narine, la valeur d'une cuillerée à café de cette solution. On fera, à l'aide d'un bock, de larges irrigations buccales.

Laryngite bénigne. — On fera des **pulvérisations** permanentes d'eau boriquée au devant de la figure de l'enfant. On appliquera sur le cou des **compresses** d'eau très chaude, fréquemment renouvelées. On prescrira un ou deux centigrammes de **codéine**, suivant l'âge, pour calmer l'élément spasmodique.

Sténose laryngée diphtérique ou non. — La première intervention doit consister avant tout examen bactériologique, en une **injection de sérum** de 20 cent. cubes. Si, ultérieurement, on acquiert la certitude qu'il s'agit de diphtérie on **renouvellera cette injection**, plusieurs fois même, sans redouter les hautes doses.

Sans attendre, d'autre part, l'enfant sera constamment entouré d'une atmosphère maintenue très humide par des **pulvérisations** d'eau boriquée, et par l'évaporation dans la chambre de la mixture suivante qu'on maintiendra en permanence en ébullition :

Teinture d'eucalyptus.	ãã 30 grammes.
Teinture de benjoin . .	
Eau distillée.	un litre.

L'antisepsie de la bouche et du nez sera réalisée par les grandes irrigations et les **instillations** d'huile mentholée. On administrera la **codéine**, comme il vient d'être dit tout-à-l'heure. Mais souvent le spasme ne cède pas, l'asphyxie arrive, et on songe à intervenir, par le **tubage** ou la **trachéotomie**.

Tubage ou trachéotomie. — Il faut tout d'abord s'efforcer de ne pas intervenir, retarder l'intervention jusqu'aux dernières limites de la temporisation, la muqueuse

laryngée déjà malade pouvant s'ulcérer plus facilement par la présence d'un tube. Pour cela, on prescrira le **bromure de potassium** adjoint à la **codéine**, les inhalations d'**éther**, voire même de quelques bouffées de **chloroforme**, les enveloppements froids du thorax, la révulsion énergique au devant du cou par des compresses d'eau très chaude.

Mais quand l'intervention est devenue nécessaire il faut toujours tuber. En suite de cette intervention, deux cas sont à considérer : l'on a affaire à une laryngite rubéolique simple, œdémateuse, généralement précoce, ou il s'agit d'une laryngite diphtérique, généralement post-éruptive.

a) Dans le premier cas, **tenter le détubage au bout de vingt-quatre heures**. Si l'enfant se remet à tirer, pratiquer la **réintubation**, suivie d'une nouvelle extraction au bout de vingt-quatre heures. Si, ensuite, l'enfant tire encore, faire la **trachéotomie** ; un séjour plus prolongé du tube pourrait amener des ulcérations.

b) Dans les cas de laryngite diphtérique pseudo-membraneuse, la muqueuse n'est pas en contact direct avec le tube, elle en est séparée par la fausse membrane. Le danger est moindre : on pourra donc **laisser s'écouler quarante-huit heures avant de faire l'extraction du tube.**

Congrès de Neurologie de Bruxelles

Maurice Faure, de La Malou (Hérault). — **Traitement mécanique des paraplégies spasmodiques.** — Les paraplégies spasmodiques sont, incontestablement, un des états paralytiques, qui ont le moins bénéficié, jusqu'ici, de la thérapeutique. Il est donc intéressant de les voir s'améliorer, sous l'influence d'un traitement mécanique.

Beaucoup de paraplégies spasmodiques, après s'être installées insidieusement, en quelques mois, sous des influences indéterminées, restent ensuite indéfiniment stationnaires, sans que l'état général du sujet s'altère, et sans qu'il apparaisse de nouveaux troubles. Il y a peu d'amaigrissement, pas d'atrophies, pas de véritables paralysies, mais seulement un état de contracture plus ou moins accentué, intéressant la plus grande partie des muscles des membres inférieurs. Il en résulte que le sujet, tout en conservant sa santé, marche avec les plus grandes peines, ou même ne marche pas du tout, et présente les signes classiques de paraplégie spasmodique.

Ce sont ces états qu'il est possible d'améliorer, dans des proportions si considérables, que la vie sociale du sujet en est totalement changée. Pour cela, il faut une première période de mobilisation passive, qui peut durer de quelques semaines à plusieurs mois, et dont la technique varie souvent. Cette première période de mobilisation est suivie d'une deuxième période de rééducation, pendant laquelle il faut réapprendre au paraplégique assoupli à se servir des muscles dont il a oublié l'emploi. Au cours de la cure, le massage et l'électrisation peuvent aussi être dirigés sur les muscles insuffisamment nourris.

Il va sans dire que cette thérapeutique ne peut être appliquée aux paraplégies spasmodiques liées à une lésion en évolution, surtout quand les mouvements peuvent réveiller des douleurs ou des contractures (par exemple le mal de Pott). Il s'agit seulement de paraplégies dont le foyer peut être considéré comme cicatrisé.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Guide de thérapeutique obstétricale, par M. le docteur P. Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, lauréat de l'Académie de médecine. — Masson et Cie, éditeurs.

Le guide de thérapeutique obstétricale de M. le docteur Puech se présente sous la forme d'un petit volume de 200 pages environ, mince, souple, facilement portatif. C'est un « guide » que l'auteur a voulu faire, et non pas un traité de thérapeutique obstétricale. Aussi a-t-il laissé de côté toute description opératoire.

Il a rangé, par ordre alphabétique, les matières de son ouvrage et, dans chaque chapitre, indiqué avec les détails indispensables et suffisants, les indications fournies par chaque type clinique.

On sent en, lisant ce travail, la science réelle et le sens pratique le meilleur. Ce livre est écrit avec une clarté et une précision qui le rendront fort utile aux praticiens.

Bien que je ne sois pas, sur tous les points, d'accord avec l'auteur (et cette réserve ne l'étonnera pas), je me fais un véritable plaisir de signaler les grandes qualités de ce petit volume et je suis persuadé qu'il rendra de réels services à ceux qui le consulteront.

Dr M. O.

ALCOOLIA

Le confrère alcoolique

Notre confrère X... a dans son personnel une cuisinière douée d'une imagination réjouissante et d'une habileté remarquable. C'est une petite Madame Humbert du fourneau. Pendant sept ou huit ans, elle a joué la comédie suivante : A midi précis, pendant que le confrère mangeait son œuf à la coque, la cuisinière se précipitait chez la fruitière du coin : « Vite, vite, Madame une telle, donnez-moi mon demi-litre. Le patron attend et c'est qu'il n'est pas commode, le patron, quand il attend sa goutte. » La drôlesse était servie rapidement et d'un bond rentrait à sa cuisine. Elle servait à point la côtelette qui suivait l'œuf à la coque et le patron n'y avait rien vu.

Cependant, un beau matin, la cuisinière « eut ses huit jours. » Je ne sais pour quel motif. Celle qui la remplaça ne suivait pas les mêmes errements. La fruitière s'en émut : « Votre patron ne me prend plus son cognac, il a changé de

fournisseur ? » — Quel cognac ? Mon patron ! Le cher homme, mais il ne boit jamais que de l'eau !

Alors, la fruitière inquiète vint trouver « son client » et lui montra toute une série de cartes de visite de lui. Au-dessous de ses titres professionnels, il y avait, d'une écriture de cuisinière alcoolique : « Un demi-litre de rhum » sur une autre « un litre de cognac », sur une troisième : « Trente centilitres de *bon* eau-de-vie. »

Le tout avait été livré à crédit. Et le confrère eut le courage, je l'en félicite, de ne pas payer.

R. BRUNON.
(*Normandie médicale*).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'assurance contre la variole

On a beaucoup parlé, il y a quelques mois, d'une compagnie d'assurances qui se serait formée, en Angleterre, contre les risques de l'appendicite. Le hasard d'une lecture nous a fait précisément retrouver une nouvelle, parue il y a une trentaine d'années environ, où il était question de la formation d'une société de même nature contre les ravages de la petite vérole. C'est, bien entendu, en Amérique, à New-York, que cette société s'était constituée.

« Cette société, écrivait le nouvelliste d'antan, prétend, à tort ou à raison, que, pour réussir en ce bas monde, il est nécessaire d'être beau. Une jeune fille belle peut se marier sans dot, tandis qu'une jeune fille laide, sans fortune, doit s'attendre, la plupart du temps, à placer sur sa tête le bonnet inhumain de dame sainte Catherine. Or, il est prouvé que les gens gravés de la petite vérole perdent, par ce fait, une partie de leur beauté et, par conséquent, de leurs chances de réussir. De là est née l'idée de la société dont nous parlons.

« On verse, à la naissance de l'enfant, une somme indiquée, et, s'il attrape la petite vérole, la Société, qui ne peut lui rendre la beauté, l'indemnise en argent. Nous n'étonnerons personne en ajoutant que cette société, unique en son genre, trouve auprès des Yankees l'accueil le plus bienveillant. »

Cette société, née des circonstances, a-t-elle disparue depuis ? C'est ce qu'un de nos confrères d'outre-mer ne saurait manquer de nous apprendre, si cette note lui tombe jamais sous les yeux.

(*Chronique médicale*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la responsabilité civile des médecins à raison des certificats par eux délivrés

Dans l'*Echo médical du Nord du* 12 juillet dernier, *suprà*, p. 310, nous avons montré que la délivrance d'un certificat de complaisance pouvait entraîner pour le médecin une responsabilité pénale des plus graves, puisqu'elle aboutit parfois à quelques années de prison. Heureusement, cette menace ne pèse sur le médecin que dans des cas assez rares, et sous des conditions que la loi pénale détermine limitativement. Mais si, d'ordinaire, la délivrance d'un certificat de complaisance n'engage pas la responsabilité *penale* du médecin, elle engage toujours sa responsabilité *civile*. Et les conséquences peuvent en être sérieuses, sinon pour la liberté et le casier judiciaire du médecin, du moins pour sa bourse. Un médecin du Midi, le Dr POGGI, en a fait naguère une coûteuse expérience qu'il ne sera peut-être pas sans intérêt de retracer.

Chacun de nous connaît, — sinon pour en avoir dégusté ou fait usage, du moins de réputation et par la réclame dont il a été et est encore l'objet, — le VIN de SAINT-RAPHAEL. Il a été « lancé » en 1873 par des fabricants, Clément et Cie, devenus Cie du Vin de Saint-Raphaël, qui lui donnèrent cette dénomination de fantaisie (attendu qu'il était fabriqué avec du vin de Bagnuls), dénomination dont ils firent leur marque de fabrique, qu'ils déposèrent régulièrement au greffe du tribunal de commerce de Romans (Drôme).

Hélas ! comme le disent les prospectus, le succès d'un produit appelle la contrefaçon. « Se méfier des contrefacteurs. Exiger le véritable nom ». En 1896, un négociant, demeurant à Saint-Aygulf, localité voisine de la ville de Saint-Raphaël, dans le département du Var, s'associa avec des négociants de Varsovie. Et la nouvelle Société déposa au greffe du tribunal de commerce de Fréjus, une marque portant en grosses lettres comme en-tête : « VIN de SAINT-RAPHAEL (*Var*) », au centre, la raison commerciale : « *Société vinicole de Saint-Raphaël* (*Var*, *France*) », et enfin, à la partie inférieure de l'étiquette, la raison sociale « Honoré Gras et Kempner frères ». Alors commença la lutte du Saint-Raphaël (Var), contre le Saint-Raphaël tout court. Le premier entama contre le second une campagne de dénigrement. Gras et Kempner frères, par leurs nombreuses circulaires ou affiches, par des articles de journaux, se faisaient une vaste publicité conçue de façon à faire croire au public qu'ils vendaient seuls le véritable vin de Saint-Raphaël. Bien plus, intervertissant les rôles avec audace, ils traitaient Clément et Cie de contrefacteurs. Enfin, ils avaient demandé au Dr POGGI et obtenu de ce dernier un certificat « constatant les propriétés toniques du vin de Saint-Raphaël (Var), ajoutant qu'il pouvait être recommandé aux malades et aux convalescents, et qu'il pouvait conséquemment remplacer le vin de quinquina ».

Clément et Cie ripostèrent par une action en concurrence déloyale, devant le tribunal civil de Marseille, tant contre Gras et Kempner frères, que contre le Dr POGGI. C'est sur cette action que statuèrent successivement le tribunal civil de Marseille, par jugement du 21 décembre 1899, puis la Cour d'Aix, par arrêt confirmatif du 23 juillet 1900 (La *Loi*, du 19 mars 1901).

Contre Gras et Kempner frères le tribunal relève les éléments de la concurrence déloyale, constate les faits plus haut

rapportés, ajoute que, d'autre part, ces négociants trompent l'acheteur en lui faisant croire qu'ils ne vendent que du vin récolté dans la commune de Saint-Raphaël ; qu'il résulte de renseignements certains qu'il y a peu de vignobles dans cette commune et que le produit suffit à peine à la consommation des habitants ; qu'enfin ce vin n'a aucun rapport avec celui qui est mis en vente par la Société de Saint-Raphaël, dont le siège est à Valence. En suite de quoi, pour réparation du préjudice causé, par leurs agissements coupables, à la Société Clément et Cie, il les condamne, au principal, à 10.000 francs de dommages-intérêts.

Contre le Dr Poggi, le jugement s'exprime comme il suit :

« Attendu que le certificat délivré, le 12 novembre 1896, par le Dr Poggi, est reproduit dans les prospectus de Gras et Kempner, et qu'il figure dans toutes les annonces des journaux en Pologne et ailleurs ; — Que c'est donc un des éléments constitutifs de la concurrence déloyale faite aux demandeurs par Gras et Kempner ; que vainement Poggi allègue sa bonne foi ; qu'il n'est pas admissible qu'il ignorât l'existence de la marque de la Compagnie du « Vin Saint-Raphaël » qui existait depuis 1873 et qui était universellement connue ; qu'il est, d'autre part, impossible de supposer qu'il l'ait confondue avec la marque de Honoré Gras, créée seulement depuis quinze jours ;

Que peu importe, dès lors, que son certificat mentionne « Vin de Saint-Raphaël » ; qu'il se rapporte évidemment à un produit qu'il ne considère pas comme étant celui de la Compagnie et qu'il vante, pour être agréable à Gras qu'il connaît depuis longtemps ; qu'enfin, il est plus que probable qu'il a écrit son certificat après s'être renseigné sur la nature de ce produit et sur les intentions de Gras ; qu'il a par conséquent, dans une certaine mesure, participé à la fraude commise par ce dernier ;

Qu'au surplus, n'aurait-il commis qu'une imprudence, l'art. 1383 du Code civil ne l'en rend pas moins responsable du préjudice causé ;

Attendu, toutefois, que sa part de responsabilité est bien moins grande que celle de ses co-défendeurs ; qu'il y a donc lieu d'établir une différence notable avec ces derniers pour la fixation des dommages-intérêts... »

En conséquence, le Dr Poggi était condamné à payer à la Cie Clément une somme de 500 francs à titre de dommages intérêts, et, en outre, à supporter le quart des dépens du procès.

Nos lecteurs tireront eux-mêmes la morale de cette histoire véridique. Et de l'application qui en a été faite au Dr Poggi, ils rapprocheront la condamnation à 200 francs de dommages-intérêts prononcée contre un médecin de Paris, pour délivrance d'un certificat de complaisance à un ouvrier, par jugement du tribunal civil de la Seine, en date du 21 décembre 1897, que nous avons déjà signalé dans l'*Echo médical du Nord*, 1898, II, 286.

J. Jacquey,
Professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Lille.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

La situation des étudiants en médecine (ancien régime)

D'après un décret en date du 16 janvier 1898, à partir du 1er octobre 1903, toutes les épreuves doivent être subies en conformité des programmes établis par les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899.

Un certain nombre d'aspirants au doctorat appartenant à l'ancien régime d'études ont demandé au ministre de l'Instruction publique que les dispositions de la circulaire du 30 septembre 1902, ayant trait à l'application du décret du 31 juillet 1893, ne soient mises en vigueur qu'à dater du 1er octobre 1904, au lieu du 1er octobre 1903.

Le ministre a examiné la question en Comité consultatif de l'enseignement public et en Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et il a décidé, conformément aux avis émis par ces assemblées, que la situation de ceux de ces étudiants dont la scolarité n'est pas atteinte actuellement par la péremption serait réglée de la manière suivante :

1° *Etudiants n'ayant pas subi d'échec à leurs examens probatoires ou n'ayant subi qu'un seul échec.* — L'ancien régime est prorogé de plein droit d'une année, c'est-à-dire jusqu'au 1er octobre 1904, pour ces étudiants.

2° *Etudiants ayant subi des ajournements aux examens probatoires.* — Si le nombre total des ajournements subis par le même étudiant n'excède pas *cinq*, une demande de prorogation pourra être faite par l'intéressé.

Cette demande sera instruite dans la forme réglementaire et soumise ensuite au Comité consultatif.

3° *Etudiants ayant subi plus de cinq ajournements aux examens.* — Ces étudiants continueront leurs études d'après le nouveau régime à dater du 1er octobre 1903. Aucune exception ne pourra être faite.

Réforme de l'Agrégation

MM. Liard, Bayet, Debove, Pitres, Abelous et Cazeneuve sont nommés membres de la Commission instituée au ministère de l'Instruction publique pour étudier les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter dans l'agrégation des Facultés de médecine.

— Dans sa dernière session, le Conseil général du Lot a émis le vœu que les agrégés des Facultés de médecine restent en fonctions jusqu'à l'âge de la retraite.

FACULTÉS & ÉCOLES DE MÉDECINE

Bordeaux. — M. Figuier, professeur de pharmacie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Lyon. — M. le docteur Sambuc, agrégé, est chargé du cours de chimie organique et toxicologique pendant l'absence de M. Cazeneuve, député (année scolaire 1903-1904).

Montpellier. — M. le docteur Vallois, agrégé, est chargé du cours de clinique obstétricale pendant la durée du congé accordé à M. Grynfeltt (année scolaire 1903-1904).

Besançon. — M. MORIN, suppléant, est chargé du cours de chimie pendant la durée du congé accordé à M. BOISSON (année scolaire 1903-1904).

Grenoble. — M. BORDIER, professeur d'histoire naturelle, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

M. LABATUT, suppléant, est chargé, pour l'année scolaire 1903-1904, du cours de chimie et toxicologie.

Limoges. — Un Concours s'ouvrira, le 14 mars 1904, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Limoges.

Nantes. — M. le docteur A. VIAUD-GRANDMARAIS, professeur de pathologie interne, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur MONNIER, chef des travaux d'histologie, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions, à partir du 6 novembre 1903.

Tours. — Un Concours s'ouvrira le 18 janvier 1904, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Les 20 et 21 septembre, auront lieu, à La Malou-les-Bains (Hérault), les **Fêtes d'inauguration du Monument élevé à Charcot**. Ces fêtes seront présidées par les ministres de l'Instruction publique et du Commerce ; elles coïncideront avec le passage à La Malou du voyage d'études aux eaux minérales, dirigé par le professeur LANDOUZY. Plusieurs des membres de la famille CHARCOT, plusieurs de ses principaux élèves, honoreront, par leur présence, la mémoire de celui qui domine encore la pathologie nerveuse contemporaine, et auquel La Malou garde un souvenir reconnaissant.

Pour renseignements, s'adresser au Comité de la Presse (Institut de Rééducation), à La Malou.

Nécrologie

Nous apprenons, avec le plus vif regret, le décès de notre confrère, le docteur VERHAEGHE, médecin-major de 2e classe aux Sapeurs-Pompiers de Lille.

Le docteur VERHAEGHE, qui était l'un des doyens du corps médical lillois, y était universellement estimé et n'y comptait que des sympathies.

Nous présentons à sa famille et en particulier à son fils, étudiant en médecine et à ses beaux-frères, MM. les docteurs E. SOCKEEL (de Douai) et A. SOCKEEL, médecin principal de l'armée, l'expression de nos bien sincères condoléances.

L. R.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BRUCHON fils, professeur suppléant à l'école de médecine de Besançon ; LECOINTRE, de Mirebeau ; HUDIGÉ, de Neuvy-Sautour ; JOFFROY, de Laon ; SATTLER, de Paris.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

35e SEMAINE, DU 23 AU 29 AOUT 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	4
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	»	3
2 à 5 ans	3	1
5 à 10 ans	2	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	7	8
40 à 60 ans	5	5
60 à 80 ans	6	11
80 ans et au-dessus	1	2
Total	48	42

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	9	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	4	»	»	»	»	»	3	10	16
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	2	»	»	1	1	»	»	1	»	3	11	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	7	»	»	4	»	»	»	»	»	10	22	20
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	1	»	1	5	13
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3	»	»	2	»	»	»	»	»	»	8	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	6	5
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	5	5
Fives, 24,191 hab.	»	2	»	1	1	»	»	2	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	2	12	11
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	8
Total	»	3	»	2	1	3	»	4	4	5	19	»	»	18	2	»	»	2	»	27	90	111

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 349. Septième Année. N° 38 Le Numéro : **10** centimes 20 Septembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Curiosités Médico-Littéraires : TROUVAILLE DANS UN VIEUX BOUQUIN (1)

J'ai dans ma bibliothèque quelques ouvrages de médecine ou de science anciens, curieux ou rares. Parmi eux je compte un Atlas d'Anatomie de JACQUES GUILLEMEAU, de 1586, composé en partie de planches empruntées à VÉSALE et qui furent, dit-on, dessinées par LE TITIEN.

JACQUES GUILLEMEAU, d'Orléans, (1544 à 1612) fut longtemps un des élèves favoris d'AMBROISE PARÉ dont il soigna et sauva la fille, neuf ans après la mort du vieux maître, en pratiquant sur elle la version pour mettre fin à une formidable hémorrhagie puerpérale ; mais il ne fut pas le gendre de PARÉ comme on l'a dit parfois.

Ce JACQUES GUILLEMEAU, Chirurgien-juré, Prévost du Collège de St. Come en 1595, Chirurgieu du Roy Henri III, semble s'être adonné spécialement à la pratique obstétricale et est surtout connu par son livre : **L'heureux accouchement des femmes,** enjolivé de planches d'une naïveté bien réjouissante. Mais il avait publié d'abord, et ce fut peut-être là sa première œuvre, des **Tables anatomiques avec les portraicts et déclaration d'iceulx. Ensemble un dénombrement de cinq cents maladies diverses.**



L'édition originale de cet Atlas-Traité d'Anatomie, parue en 1586, et que je possède, est, d'après BRUNET, l'oracle de la bibliophilie comme chacun sait, « devenue rare ». Elle ne figure pas sur la liste des œuvres de GUILLEMEAU en la notice que CHÉREAU a consacrée à cet auteur dans le Dictionnaire de DECHAMBRE.

On a parfois comparé la psychologie du bibliophile à celle du pêcheur à la ligne qui met tout

(1) Extrait d'une communication faite le 8 juillet dernier à la *Société française d'histoire de la Médecine* et qui sera publiée intégralement dans le Bulletin de cette Société, sous le titre : « Ambroise Paré poète. »

son plaisir à prendre le poisson, sans songer le moins du monde à manger la friture. Ainsi le fureteur qui a conquis un livre curieux le place dans ses armoires et ne l'ouvre plus. Le fait est que l'Atlas de GUILLEMEAU, — lequel m'avait été donné par le père d'un de nos jeunes collègues de la Faculté, M. GAUDIER, vieil et aimable universitaire au courant de mes goûts de collectionneur, — cet Atlas dormait depuis quatre ou cinq ans sur mes rayons lorsqu'en ces dernières vacances, procédant au récolement de ma « librairie », ainsi qu'on eût dit au XVIe siècle, j'examinai ce bouquin dont la reliure, assez délabrée, me paraissait appeler les soins et les pansements d'un relieur habile.

Grand in-quarto, relié en veau plein. Les gravures sont belles; la typographie un tantinet moins soignée, néanmoins correcte ; le papier, légèrement jauni par le temps, est intact et solide. Je doute que nos éditions d'aujourd'hui, même nos éditions de luxe, puissent faire montre après 317 ans écoulés d'un aussi parfait état de conservation ; ou plutôt je suis malheureusement certain qu'elles seront, bien avant ce laps de temps, piquées, effritées, tombées en poussière.

Le verso de la couverture porte un bel *ex-libris* héraldique, qui, d'après la détermination de M. Lamouroux, bibliothécaire de Ste-Geneviève, est celui de Louis Husselin, membre de la Chambre aux deniers et surintendant des plaisirs du Roi, mort en 1662.

Le frontispice illustré de l'Atlas de GUILLEMEAU mérite de nous retenir une minute. C'est un plexus touffu de ces allégories où se complaisaient les savants de jadis. Ce frontispice a la forme générale d'un portique au sommet duquel trône une femme : *Chirurgia*, entourée de trophées d'instruments opératoires. Devant chacun des piliers du portique, les deux images en pied d'HIPPOCRATE et de GALENUS. Au dessus et au dessous de ces vénérables ancêtres, c'est-à-dire sur les piédestaux et au sommet des piliers, quatre dessins carrés symbolisent les quatre éléments. *Ignis* est représenté par une salamandre dans les flammes ; *Aqua* par un dauphin sur les ondes ; *Aer* par un caméléon ; *Terra* par un animal que je crois être une taupe. Dans l'encadrement du portique le titre est imprimé en un cartouche elliptique environné de quatre figures, deux en haut, deux en bas, qui personnifient les quatre humeurs : *Cholera*, *Sanguis*, *Pituita*, *Melancholia*. Qu'un guerrier antique, casqué et armé, et une femme en pleurs symbolisent *Cholera* et *Melancholia*, cela se comprend. Passe encore pour *Sanguis* représenté par Vénus flanquée de Cupidon. Mais pourquoi incarner la pituite en une Diane libéralement décolletée ?... Au dessous du cartouche central une arche flottante avec cette devise : *Hic Salus*. Cela vient de ce que l'ouvrage est édité par « Jean Charron, à *l'Arche*, rue St. Jacques, 1586. »

Le lecteur a trouvé en première page, d'après un cliché de notre collègue et ami VERDUN, la reproduction de cette illustration qui ne porte aucun nom de graveur.

Ayant tourné ce feuillet, immédiatement après l'inévitable dédicace au Roy, — comparé (un demi-siècle avant Louis XIV) au Soleil « sans la lumière duquel la Terre reste froide et stérile, » — je ne fus pas peu surpris de tomber sur une longue pièce de vers, occupant trois pleines pages in-quarto et portant cette signature : « AMBROISE PARÉ, *Conseiller et Premier chirurgien du Roy.* »

Nul n'ignore, parmi les médecins aussi bien que parmi les profanes, qu'AMBROISE PARÉ fut un illustre chirurgien du XVIe siècle, mais bien peu de gens savent qu'il eut des prétentions à la poésie et fut au moins un versificateur. Parmi les pièces de vers à sa louange qui ouvrent ses œuvres complètes figure un « sonnet de l'Autheur. » En tête, ou en queue, de ses œuvres isolées on lit souvent des poëmes plus ou moins longs, soit pour remercier un collaborateur, soit pour formuler des revendications de priorité à propos de sujets traités ou à propos d'instruments. Dans le cours même de ses livres il place des quatrains au dessous des « pourtraicts » d'HIPPOCRATE et GALIEN, traduit en distiques assez mirlitonnesques certains aphorismes hippocratiques, et formule en vers non moins macaroniques les « canons et reigles chirurgiques de l'Autheur. » Et ce n'est pas seulement au début ou dans le corps de ses propres écrits qu'il sème des rimes. Il en composait pour d'autres comme le montre l'Épître à GUILLEMEAU.

Elle est assez longue, cette épitre : quatre-vingt-dix alexandrins. Je ne sache pas que PARÉ en ait commis d'aussi étendue. Je n'ai pas absolument la prétention de l'avoir découverte, mais je la crois très peu connue, même des érudits. A parler franc, les vers n'en sont pas fameux ; mais comme elle donne quelques détails sur la pratique chirurgicale de l'époque et développe certaines idées chères à l'auteur, je vais en reproduire le texte intégral. Le voici :

A JACQUES GUILLEMEAU

Chirurgien ordinaire du Roy, et Juré à Paris.

Comme celuy qui a quelque faict commencé
Pour le conduire à chef, tant qu'il ait avancé
A la fin qu'il prétend de rendre son ouvrage,
Ne donne aucun repos ni tresve à son courage :
De même, Guillemeau, te proposant le but
Où ton gentil esprit appliquer se voulut,
Tu choisis la science entre tous honorable
Dont Æsculape fut le prince vénérable.
Mais, pour suivre tant mieux la trace et la façon
De ce dieu qui se fit disciple de Chiron,
Tu me prins pour ta guide et fidelle conduite.
Moy, voyant ton emprise à ce point là réduite,

Je te conseillay lors te retirer au lieu
Qui dans ce grand Paris se nomme l'Hôtel-Dieu.
Où, selon le progrez de tes dignes études
Tu verrois, retiré parmi tes solitudes,
L'expérience vraye en maints corps tourmentés
De diverses langueurs et mille infirmitez ;
Et, soigneux, apprendrois les traicts d'Anatomie
Sans laquelle on ne peut faire la chirurgie.
Tu me creus. Et pourtant (1), diligent tu passas
Quelques ans en ce lieu et si bien profitas
Qu'en cest art tu te fais admirer en nostre age,
Comme ton œuvre aussi en rend bon témoignage.
Toutefois, ne sentant ton esprit satisfaict,
Dessoubs moy tu voulus te rendre plus parfaict,
De sorte qu'avec moy consommant huit années,
Tes estudes tu as dextrement façonnées.
Mais tout ainsi qu'on voit un levrier généreux.
Qui, sa queste suyvant, ne cesse courageux
De poster et courir jusques à ce qu'il voye
En sa possession sa désirée proye,
Ainsi n'estant content de tes premiers exploits,
Tu voulus, studieux, fréquenter les endroits
Où le furieux Mars exerce ses alarmes
Par le feu, par le fer, par le sang, par les armes ;
Aux sièges, aux combats, aux prises, aux assaux
Des villes et des camps, des places et chasteaux,
Tant en France qu'ailleurs, aux étrangères terres.
Si que (2), durant le cours de nos civiles guerres,
As toujours si bien sceu à ta charge pourvoir,
De penser les blessez si bien faire devoir,
Que, pour mieux ton travail et peine recognaistre,
De Paris as esté en chirurgie maistre.
Aussi la Majesté honorant ta vertu
D'ordinaire en l'Estat dignement t'a pourveu.
Mesme, pour de ta part rendre la récompense
De tel honneur, tu viens de prompte diligence
Estaller en public la richesse et le pris
Que contient la valeur de tes doctes escrits
Où paroist le secret, le poinct et l'industrie
D'une bien recherchée et vraye anatomie :
Lorsque par le menu tu déchiffres et dis
Les infinies parts de l'œuvre que jadis
Les Grecs plus anciens Microcosme nommèrent,
Qui dans ce petit monde heureusement trouvèrent
Que la proportion, la forme et la rondeur
Du Monde universel, raportait sa grandeur
Au compas de ce monde, admirable chef d'œuvre
Où de Dieu le pouvoir pleinement se découvre.
Mais ceux là n'ont laissé seulement que des mots.
Toy, de nouveau ayant enrichi tes propos

(1) *Pourtant.* Dans le sens de *En conséquence.*
(2) *Si que :* tellement que, si bien que.

De visibles pourtraicts, tailles ingénieuses,
De figures et traicts de mains industrieuses,
Sans y rien espargner ; en cela beaucoup mieux
Tu contentes l'oreille et l'esprit et les yeux.
Or, jaçoit que (1) l'honneur bien souvent on ordonne
Aux escrivains premiers, cela pourtant n'estonne
Ceux qui suyvent après, ains d'un hardi project
Choisissent bravement un notable suject
Pour montrer au public la vertueuse preuve
Qui dedans leurs escrits par les scavants se treuve,
Or que tel suject soit par d'autres ja traicté.
Un avis avec l'autre estant bien raporté
Produit de chaque cas une droicte sentence,
Formant le jugement, aiguisant la prudence.
Vraiment c'est faire tort à toute invention
Si l'on ne l'enrichit de quelque addition.
On doit tenir celuy de couarde nature
Qui les antécesseurs de surpasser n'a cure.
Mais toi, docte Guilmeau, sans te donner soucy
Ni de ceux de devant ni ceux d'après aussy,
Tu marches librement sur la docte campagne
Du vertueux travail qui tousjours t'accompagne,
Sans te laisser aller au repos otieux.
Qui s'endort et s'arreste aux escrits des plus vieux :
Ains d'un louable effort tu produis en lumière
Ce qui estoit caché en la saison première.
Aussi pour le loyer que tu as mérité
Toujours loué seras de la Postérité.

AMBROISE PARÉ,
Conseiller et premier chirurgien du Roy.

Assurément, je le répète, la valeur littéraire de ce morceau est mince. La prosodie en est fantaisiste : Pas mal de vers faux, hiatus, rimes pauvres, beaucoup de chevilles. Mais la prosodie était tolérante à cette époque. (Elle l'est redevenue). La langue en est molle ; avec l'étalage obligé de mythologie : ESCULAPE, CHIRON, le dieu MARS ; avec des galimatias filandreux : exemple entr'autres le passage où le microcosme du corps humain est comparé au monde universel et dont je défie bien quiconque de fournir une analyse claire.

Au point de vue du fond, le poème ne laisse pas d'avoir quelque saveur. D'abord il nous montre que PARÉ, bien qu'un peu vaniteux et autoritaire, n'était pas jaloux de ses élèves, même de ceux dont la réputation grandissante aurait pu lui porter ombrage, car il encense GUILLEMEAU sans ménagement. Je sais bien qu'il n'avait ni fils ni gendre qu'il pût faire héritier de sa situation profession-

(1) *Jaçoit que* conjonction archaïque qui devait s'écrire originellement *ja soit que*, et qui signifiait *quoique* : « Me suis occupé d'en faire un « livre, *ja soit que* la matière requiert bien plus subtil engin que le « mien. » (MONSTRELET). On trouve encore cette expression, avec le « ç » défectueux, dans BOSSUET : « Un ministre avait écrit à la Reine-Mère « qu'il n'avait jamais consenti au port des armes, *jaçoit qu'* il y eût « contribué. » Voyez Dictionnaire de LITTRÉ.

nelle. Néanmoins une cordialité aussi franche, aussi pleine, à l'égard d'un disciple arrivé, n'est pas chose tellement commune qu'il n'en faille faire honneur au caractère de PARÉ, lequel était foncièrement bon.

Nous trouvons ensuite dans les vers précités et cet axiome, beaucoup moins banal alors qu'aujourd'hui, de l'utilité de l'anatomie :

Sans laquelle on ne peut faire la chirurgie ;

et cette opinion volontiers ressassée par PARÉ que la pratique, l'observation personnelle, la vue des choses,

L'expérience vraye en maints corps tourmentez
De diverses langueurs et mille infirmitez

forment beaucoup mieux le chirurgien que la théorie et l'érudition livresque.

Avec cette idée parallèle qu'en un Traité d'Anatomie les figures sont aussi instructives que le texte ; et il semble que GUILLEMEAU ait été un des premiers à en mettre :

Les autres n'ont laissé seulement que des mots.
...... Toy, ayant enrichi tes propos
De visibles portraicts, tailles ingénieuses,
De figures et traicts, .. en cela beaucoup mieux
Tu contentes l'oreille et l'esprit et les yeux.

Le stage pratique était long au XVI[e] siècle, comme le prouve le *curriculum* des études chirurgicales de GUILLEMEAU qu'AMBROISE PARÉ nous détaille : « Quelques ans » passés à l'Hôtel-Dieu ; huit ans comme assistant de son maître

Dessoubs moi tu voulus te rendre plus parfaict,
De sorte qu'avec moi consommant huit années,
Tes études tu as dextrement façonnées ;

Enfin l'exercice de la chirurgie d'armée :

Tant en France qu'ailleurs, aux étrangères terres,
.... durant le cours de nos civiles guerres ;

Tout cela additionné doit bien faire une douzaine, peut-être une quinzaine d'années ; et c'est seulement au bout de ce temps

Que, pour mieux ton travail et peine recongnaistre,
De Paris as été en chirurgie Maistre

Et GUILLEMEAU avait alors vraisemblablement de trente-cinq à quarante ans.

La dernière partie du morceau est consacrée à développer cette pensée qu'il faut sans relâche travailler à perfectionner la science. Qu'importe

Que tel suject soit par aultre ja traicté ;

On peut l'étudier plus complètement, l'élargir, et même

.... l'enrichir de quelque addition.

Nous devons nous efforcer de surpasser nos devanciers. Ce n'est pas PARÉ qui se serait donné le ridicule d'écrire comme fit le chirurgien-baron BOYER en 1814, que « la chirurgie semble avoir atteint, ou peu s'en faut, le plus » haut degré de perfection dont elle paraisse susceptible. » Il défend au contraire que l'on s'arrête dans la recherche du mieux :

On doit tenir celuy de couarde nature
Qui ses antécesseurs de surpasser n'a cure.
. . . .
Sans nous laisser aller au repos otieux
Qui s'endort et s'attarde aux écrits des plus vieux.

En un mot c'est là un programme de combat contre la routine et de poursuite perpétuelle du progrès.

Cela nous paraît tout simple et tout naturel aujourd'hui. L'esprit critique, le besoin de contrôler et d'améliorer la pratique des maîtres, ces qualités qui nous sont devenues familières et comme instinctives, étaient alors si exceptionnelles que, quand par hasard elles existaient chez un savant, il pouvait, rien qu'en les appliquant consciencieusement, faire mainte découverte utile, voire capitale, tant était grand le nombre des choses à trouver.

Au sortir de la Renaissance et jusqu'au XVIII[e] siècle, l'amour des lettres grecques et latines courba les esprits les plus libres, les plus sceptiques, sous l'autorité scientifique d'ARISTOTE et de PLINE. PLINE surtout, ce compilateur crédule jusqu'à la niaiserie, le plus grand jobard de l'antiquité, passait aux yeux de GUI PATIN, de MONTAIGNE, pour un oracle indiscuté en matière d'histoire naturelle. Les médecins, qui étaient tous des lettrés, invoquaient à chaque instant comme argument péremptoire quelque texte de GALIEN dont on acceptait les doctrines les yeux fermés. RIOLAN, dans sa controverse contre HARVEY, oppose au novateur l'existence de prétendues anastomoses entre grosses artères et grosses veines. Il ne les a point vues lui-même ; au moins il ne le dit pas. Mais GALIEN les a décrites : cela suffit. PRIMEROSE, autre anti-circulateur, dit à HARVEY : « Voudrais-tu faire entendre que tu sais ce » qu'ARISTOTE ignorait ? ARISTOTE a tout observé et personne » ne doit oser venir après lui. » MOLIÈRE n'a vraiment pas beaucoup exagéré la confiance obstinée des médecins de son temps dans l'autorité des anciens, lorsqu'il fait répondre par un des médecins de *Pourceaugnac* à la paysanne le consultant pour son père qui souffre de violentes douleurs de tête : « Le malade est un sot ; dans la maladie » dont il est attaqué, ce n'est pas la tête, selon GALIEN, » mais la rate qui lui doit faire mal. »

PARÉ, qui heureusement était beaucoup moins lettré, n'attache point, en dépit de son respect de commande pour les classiques de la médecine, une foi aveugle à la parole des anciens. Dans l'étude des questions sur lesquelles il a laissé son empreinte, celles de la ligature des vaisseaux et de la non-vénénosité des plaies d'armes à feu, sa règle de

conduite fut toujours d'observer les faits sans prévention et de ses propres yeux, puis de dire franchement ce qu'il avait vu, ce qu'il jugeait bon et utile ; son avis fût-il contraire à la tradition et quoi qu'en dussent penser les contemporains. C'est ce qu'il exprime heureusement en ces vers de fière allure adressés à GUILLEMEAU :

..... Sans te donner soucy
Ni de ceux de devant ni ceux d'après aussy,
Tu marches librement.......

Notons qu'en 1586, lorsqu'il écrivit ces vers, PARÉ était âgé de plus de 75 ans. C'est un âge où les hommes accueillent généralement d'instinct les nouveautés avec une défiance quasi hostile, craignant que ces nouveautés ne bouleversent et ne désorientent leur vie intellectuelle.

En résumé, et c'est ce que met en lumière le petit poème que j'ai déniché, AMBROISE PARÉ fut un homme de vive curiosité scientifique et de large indépendance d'esprit en un temps où cela était rare et à un âge où cela est particulièrement méritoire. C'est ce qui m'excusera d'avoir un court moment retenu l'attention sur des pages littérairement médiocres et qui ont surtout d'intéressant le nom dont elles sont signées.

Dr H. FOLET.

Wissant, Septembre 1903.

La Prophylaxie sanitaire de la peste et les modifications a apporter aux règlements quarantenaires (1)

par le docteur **A. Calmette**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

On a pu jusqu'à ces dernières années considérer la peste bubonique comme une des maladies les plus contagieuses dont l'humanité pût avoir à souffrir. La mortalité effroyable qu'elle occasionnait souvent dans les pays d'Extrême-Orient, la rapidité avec laquelle elle se propageait à travers le monde lors de ses grandes épidémies, la gravité habituelle de ses atteintes étaient bien de nature à jeter l'épouvante et la faisaient redouter comme le plus terrible fléau.

Aujourd'hui, nous pouvons envisager avec plus de calme la possibilité de son importation en Europe. Les connaissances que nous avons acquises sur le bacille pesteux, sur son mode de propagation, sur la sérothérapie et sur la vaccination préventive contre la peste doivent calmer nos appréhensions ou nos craintes. L'heure est même venue de supprimer tout ce déploiement de mesures draconiennes et moyenâgeuses que nous avons inventées pour nous défendre contre son importation. Il serait injuste de méconnaître les services qu'il nous ont rendus, mais il serait ridicule et contraire à nos intérêts de vouloir les conserver.

Les *quarantaines*, même avec les atténuations successives qu'elles ont subies à chaque conférence sanitaire internationale depuis un demi-siècle, doivent disparaître. Elles ne sont justifiées désormais ni contre la fièvre jaune, ni contre le choléra, ni contre la peste. J'espère en faire la preuve, en ce qui concerne la peste, dans le présent rapport.

L'origine des irradiations épidémiques de peste qui se sont étendues à un si grand nombre de pays au cours de ces dernières années, est trop connue pour qu'il soit utile de la relater ici : nous savons à présent qu'il existe cinq foyers endémiques de cette maladie, l'un en Chine, dans la province du Yunnam ; le second dans l'Himalaya, qui a été le point de départ de la grande épidémie actuelle de l'Inde, le troisième dans l'Assir, en Arabie occidentale, le quatrième signalé par R. KOCH et ZUPITZA dans l'hinterland de l'Afrique orientale, en Uganda, aux environs des sources du Nil blanc, et le cinquième en Mongolie.

De ces quatre foyers endémiques, la peste tend aujourd'hui à se disséminer dans presque toutes les régions du globe qui se trouvent en rapports plus ou moins directs avec eux. Partout où elle s'installe à l'état endémique, elle frappe d'abord les rats et elle entraîne généralement chez ces rongeurs une mortalité considérable. Il est parfaitement établi qu'en dehors de petites épidémies de peste humaine à forme pneumonique et dont les ravages sont restés très limités, la peste sévit tout d'abord avec une grande intensité chez les rats avant de frapper l'homme et qu'elle se propage très facilement de rat à rat.

Tout le monde est également d'accord pour reconnaître que cette maladie peut se propager par contact direct d'homme à homme, mais que les principaux agents de contamination sont les rats par l'intermédiaire des puces qui peuplent la toison de ces rongeurs.

La transmission directe de l'homme malade à l'homme sain s'est montrée évidente dans beaucoup de cas et elle s'effectue surtout par les excrétions nasales, bronchiques ou rénales, dans lesquelles les bacilles pesteux abondent. On a prouvé expérimentalement (ROUX et BATZAROFF) combien il est facile de produire la pneumonie pesteuse chez les animaux sensibles tels que le rat, le cobaye, le lapin et le singe, par simple badigeonnage des narines avec des cul-

(1) Rapport au XVe Congrès d'hygiène et de démographie de Bruxelles (séance du 9 septembre 1903).

tures de peste ou avec des produits d'expectoration qui renferment ce microbe. Et lors des récentes épidémies en Europe, on a signalé de nombreux faits de contagion qui procèdent sans nul doute du même mécanisme et qui sont survenus chez des personnes qui avaient soigné des malades atteints de pneumonie pesteuse (VIENNE 1898, GLASCOW 1901) ou qui avaient veillé et enseveli des cadavres de pestiférés.

On doit admettre aussi que les linges, vêtements et autres objets ayant appartenu à des malades, peuvent transporter au loin et conserver pendant plusieurs mois, vivants et virulents, des germes de peste. De nombreux exemples de ce mode de transmission sont indéniables. L'un des plus saisissants est celui auquel se rapporte l'importation de la peste de l'île Maurice à Durban (Natal) en 1900.

« Un mauritien, afin d'éviter un trop long séjour au lazaret, avait continué son voyage jusqu'à Port Elisabeth, de manière à avoir fait une traversée assez longue pour être immédiatement admis en libre pratique. De ce point, il s'était rendu à Durban, où il débarque le 1er avril. Un mois et demi après, le 13 mai, il déballe une partie de ses bagages. Trois jours plus tard, il tombe malade et succombe le 18 mai (1).

Beaucoup d'autres faits montrent que les objets souillés de bacilles pesteux, alors même qu'ils sont restés enfermés pendant plusieurs mois dans des malles, sont susceptibles de transmettre la peste. Les sacs qui ont contenu des céréales ou diverses marchandises dans lesquelles ont pu séjourner des rats infectés de peste sont également dangereux. On a signalé plusieurs fois que des hommes employés dans les ports au débarquement de ces marchandises sont tombés malades après avoir couché sur des ballots récemment débarqués ou sur des sacs vides.

Il est évident que les désinfections superficielles des bagages et des chargements de navires, telles qu'on les pratique actuellement dans les lazarets, sont tout à fait insuffisantes et inefficaces.

La transmission de la peste de rat à rat, du rat à l'homme ou de l'homme à l'homme par l'intermédiaire des parasites, est incontestablement plus fréquente que l'infection par contact direct avec des produits d'excrétion provenant de malades ou de rats pestiférés. L'histoire de presque toutes les épidémies récentes en fournit de nombreuses preuves.

(1) PROUST. Rapport sur les épidémies de Peste en 1901. *Acad. Méd.*, Paris.

A bord des navires, ce mode de propagation de la maladie apparaît surtout manifeste. Dans nombre de cas, comme à bord du *City of Perth*, à Dunkerque, en 1902, les premiers malades atteints sont des matelots qui couchent au voisinage de la cambuse ou dans les cales peuplées de rats, ou encore des hommes qui ont ramassé des rats crevés.

Le fait d'avoir touché des cadavres de rats est relaté comme une cause particulièrement fréquente d'infection.

D'autre part, la peste se cantonne avec une intensité toute spéciale dans les quartiers les plus malpropres des villes (Bombay, Alexandrie, Zagazig, Oporto) et dans les maisons les plus voisines des dépôts d'immondices, des égouts, des magasins à céréales et des docks où les rats abondent.

Chez les malades soignés dans les hôpitaux, on a maintes fois pu retrouver la trace de la piqûre récente d'un insecte parasite, puce ou punaise, d'où partait une traînée lymphangitique conduisant à un bubon et par laquelle avait dû manifestement s'effectuer l'inoculation infectante.

Enfin, des expériences de laboratoire répétées par les bactériologistes les plus exercés, ont montré que pour infecter des rats sains, il suffit de les placer dans une cage ou un bocal dans lequel se trouvent des puces provenant du cadavre d'un rat pesteux.

Plusieurs savants ont contesté que les puces du rat soient capables de piquer l'homme Mais depuis les récents travaux de GAUTHIER et RAYBAUD (Revue d'hygiène, Paris, 1903) et de CARLO TIRABOSCHI, cette question si importante ne peut plus être l'objet d'aucune controverse.

Il est parfaitement établi maintenant que certaines espèces de puces du rat piquent l'homme.

Les puces que l'on rencontre le plus communément sur les rats appartiennent à plusieurs espèces. Leur détermination scientifique et leur rôle comme agent de transmission de la peste est surtout bien étudié dans le mémoire de TIRABOSCHI (Archives de Parasitologie de BLANCHARD, 1903).

Sur le *mus decumanus* (rat gris ou rat d'égout) et sur le *mus ratus* (rat noir), on trouve très souvent la puce de l'homme *(pulex irritans* et la puce du chien *(ctenocephalus serraticeps)* qui pique aussi l'homme.

Ces rongeurs hébergent en même temps que ces parasites d'autres espèces qui, même après un jeûne de trois à quatre jours, refusent de piquer l'homme.

Parmi celles-ci, TIRABOSCHI signale comme les plus fréquentes, en Italie du moins, *ceratophyllus fasciatus*, *ceratophyllus italicus*, *ctenopsylla musculi*.

Les souris, bien que très sensibles à la peste inoculée, ne paraissent pas atteintes spontanément, au moins dans une proportion comparable à celle des rats, lors des épidémies. On ne rencontre pas dans leurs toisons, les espèces de puces qui piquent l'homme ou le chien.

Par contre, il existe en Mongolie et dans la région du lac Baïkal, un rongeur assez semblable à la marmotte, l'*Arctomys bobac* (TABARGAN), qui présente une grande sensibilité à la peste et qui semble transmettre cette maladie à l'homme avec une grande facilité; mais on n'a pas encore déterminé les parasites qui servent à cette transmission.

Partout où l'on a observé des épidémies de peste sur les rongeurs, précédant ou accompagnant des épidémies humaines, on a remarqué que ces animaux émigrent en masse dès que la mortalité commence à les frapper. Ces émigrations des rats ont été, dans presque tous les cas, l'unique facteur de la dissémination de la maladie. Ce fait avait déjà été constaté autrefois dans la Chine méridionale, plus récemment, on l'a vérifié dans l'Inde et il est parfaitement démontré aujourd'hui que les épidémies de l'Afrique du Sud, de Madagascar, d'Oporto, pour ne parler que des mieux étudiées, ont eu pour origine l'importation de rats provenant de ports contaminés.

On a signalé de divers côtés au cours de ces dernières années, que les rats s'embarquent en foule, dans les ports de l'Inde, sur les navires amarrés le long des quais. Ils débarquent en grand nombre la nuit, à chaque escale de ces navires, et, dans les docks de Londres, par exemple, on a souvent vu de véritables théories de ces rongeurs s'évader le long des amarres.

Tous les rats qui nous viennent ainsi de l'Orient appartiennent à l'espèce *mus decumanus* (gros rat gris cendré) et cette espèce est tellement envahissante et prolifique qu'elle pourchasse et fait presque complètement disparaître de nos villes européennes le petit rat noir (*mus ratus*) qu'on ne rencontre guère aujourd'hui que dans l'intérieur des terres.

A bord des navires qui sillonnent la Méditerranée, il arrive fréquemment que la peste sévit sur les rats sans qu'aucun cas de cette maladie soit observé sur les équipages ou parmi les passagers. Cette constatation a été faite à Marseille plusieurs fois. Il y a là un très grand danger contre lequel les mesures quarantenaires sont tout à fait inefficaces puisque les navires qui charrient ainsi des rats pesteux, n'ayant pas de malades à bord, et ne provenant pas directement de ports contaminés sont admis à débarquer librement leurs passagers et leurs marchandises.

Il est donc bien évident que, tout au moins en ce qui concerne la peste, les règlements sanitaires actuellement appliqués n'ont aucune valeur. Leur procès a d'ailleurs été fait à différentes reprises à la tribune de l'Académie de Médecine de Paris depuis deux ans, à la suite des incidents du « Sénégal », affrété pour les croisières de la Revue générale des sciences et tout récemment encore à propos des tribulations de l' « Oroya » par le professeur TEISSIER, de Lyon.

La prophylaxie sanitaire internationale contre la peste devrait désormais être basée presque tout entière sur l'adoption des mesures défensives contre l'importation ou l'introduction des rats exotiques et sur la destruction méthodique des rats indigènes, car aucun foyer épidémique sérieux ne peut être créé, si la maladie n'est pas disséminée par ces rongeurs. Il sera toujours facile en effet, avec les moyens d'isolement et de désinfection dont on dispose aujourd'hui dans tous les hôpitaux bien tenus, d'empêcher la contamination directe d'homme à homme, et les effets préventifs de la sérothérapie antipesteuse sont assez sûrs pour qu'on puisse mettre immédiatement à l'abri de toute chance d'infection les personnes qui ont pu se trouver en contact avec les malades.

On peut donc affirmer qu'il est parfaitement inutile d'obliger les passagers et l'équipage d'un navire où il s'est produit un ou plusieurs cas de peste humaine, ou qui provient directement d'un port contaminé, à subir une quarantaine dans des lazarets dont l'organisation matérielle est, la plupart du temps, très défectueuse. On doit se contenter d'empêcher le navire d'accoster aux quais de débarquement jusqu'à ce qu'il ait été efficacement désinfecté et que tous les rats présents à bord aient été détruits. Les malades seront débarqués et hospitalisés aussitôt dans des conditions telles, qu'ils puissent être maintenus isolés, et on devra permettre ensuite le débarquement immédiat de tous les passagers du navire, sous la seule réserve qu'ils auront subi préalablement l'inoculation préventive du sérum anti-pesteux, qu'ils resteront pendant cinq jours sous la surveillance du service sanitaire et que tous les bagages ou effets leur appar-

tenant auront été soumis à une désinfection complète, *sévèrement contrôlée.*

Cette question de la désinfection du navire, de son chargement, des passagers et de leurs bagages est de toute première importance. On ne peut pas songer à la réaliser convenablement avec les étuves à vapeur ni avec le matériel sanitaire actuel de nos lazarets européens. Pour qu'elle soit efficace, il faut qu'on soit assuré d'avoir détruit non seulement les bacilles pesteux mais aussi les rats et tous les insectes parasites ou autres que peuvent recéler les parties les plus profondes du navire.

Or, ni les étuves à vapeur sous pression, ni les pulvérisations ou les lavages antiseptiques ne répondent à ces desiderata.

Un seul moyen réellement sûr peut être préconisé aujourd'hui : c'est la sulfuration par l'anhydride sulfureux mélangé d'anhydride sulfurique à haute concentration, tel qu'on l'obtient par exemple avec l'appareil américain Clayton. Ce gaz, très diffusible et éminemment toxique pour les rats et pour tous les insectes, pénètre avec une grande rapidité dans l'épaisseur des ballots de marchandises et dans les moindres recoins des cales. Il ne détériore sensiblement presque aucun objet et son action désinfectante à l'égard du bacille pesteux est parfaitement établie. On devrait d'ailleurs, chaque fois qu'on l'utilise, s'assurer de son efficacité en disposant çà et là, dans les fonds du navire, des rats capturés vivants, en cage, et des tests bactériens constitués par des cultures de peste desséchées et enrobées d'albumine.

Ce contrôle rigoureux est tout à fait indispensable pour qu'on puisse garantir les effets d'une désinfection (1).

Les effets et bagages des passagers devraient être soumis à part et sur un chaland disposé à cet effet à une désinfection semblable. Il suffira d'ouvrir les malles sans toucher à leur contenu et de les sulfurer pendant quatre heures avec un gaz contenant au moins 8 0 0 d'acide sulfureux et 4 à 6 milligrammes d'anhydride sulfurique sec par litre d'air pour assurer leur innocuité parfaite.

On a proposé de détruire les rats à bords des navires au moyen de l'acide carbonique ou de l'oxyde de carbone. Ces procédés ont été employés surtout, le premier à Marseille, le second à Hambourg. Ils réussissent assez bien à tuer les rongeurs, mais outre qu'ils ne présentent pas une diffusibilité comparable à celle du gaz sulfureux, ils n'atteignent pas les insectes et n'exercent aucune action désinfectante à l'égard des bacilles pesteux qui peuvent avoir été disséminés sur les objets. D'autre part leur emploi n'est pas exempt de dangers parce qu'ils sont dépourvus d'odeur. On devrait donc renoncer complètement à leur usage, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels où la nature de la cargaison interdirait l'utilisation du gaz sulfureux.

(1) Calmette, *Revue d'hygiène*, 1902, et 25 mai 1903, et Comptes-rendus Académie de médecine, 5 mai 1903.

Lorsque les armateurs, les capitaines de navires et les services sanitaires voudront se résoudre à pratiquer systématiquement la destruction des rats avant de débarquer leurs cargaisons, non seulement ils assureront eux-mêmes la protection de leurs équipages et de leurs passagers de la manière la plus efficace, non seulement ils éviteront tout danger d'importation de la peste dans les ports où ils déchargent leurs marchandises, mais ils se trouveront en droit d'exiger la suppression des quarantaines qui causent au commerce international des dommages considérables et aux passagers des vexations aussi inutiles que pénibles.

En résumé nous proposons au Congrès d'émettre sous forme de vœux les desiderata suivants :

Que prenant en considération :

D'une part, les données récentes actuellement incontestées sur le rôle des rats comme agents propagateurs de la peste par les navires, alors même que ceux-ci ne présentent aucun cas de peste humaine à bord ou qu'ils ne proviennent pas directement de ports contaminés ;

D'autre part la sécurité que procure l'inoculation préventive du sérum antipesteux aux équipages et passagers qui ont pu se trouver en contact avec des malades ;

Les mesures quarantenaires actuellement appliquées soient modifiées ainsi qu'il suit :

1° Suppression de l'internement dans les lazarets et son remplacement par une simple surveillance sanitaire de cinq jours pour les passagers qui consentent à subir l'inoculation préventive du sérum antipesteux, même lorsque ces passagers proviendraient d'un navire ayant eu des cas de peste en cours de traversée.

2° Autorisation pour les passagers d'un navire suspect qui refusent de se soumettre à l'inoculation préventive de sérum antipesteux de débarquer *libre-*

ment au port d'arrivée sous la réserve qu'ils devront y résider pendant dix jours et s'y présenter quotidiennement pendant cette période d'observation aux autorités sanitaires.

3° Limitation pour les navires et les marchandises de la durée des quarantaines au temps strictement nécessaire à la destruction des rats et des insectes et à la désinfection complète de toutes les parties du navire et de sa cargaison.

4° Organisation, dans tous les ports ouverts au commerce international, de la destruction méthodique des rats, tant à terre que sur les navires, et de services de désinfection sévèrement et scientifiquement contrôlés de telle manière que l'efficacité des mesures prises pour détruire les rats, les insectes et les bacilles pesteux, puisse être officiellement garantie.

5° Obligation pour tous les navires qui font escale dans les ports méditerranéens du Levant ou dans ceux de la mer Rouge, du golfe Persique, de l'Inde, de l'Indochine ou d'autres pays suspects ou contaminés, d'être approvisionnés d'une quantité suffisante de sérum antipesteux pour vacciner tous les passagers et tout l'équipage si un cas de peste venait à se déclarer en cours de route.

Je propose en outre au Congrès d'émettre le vœu que la conférence sanitaire internationale, qui doit se réunir au mois d'octobre 1903, soit appelée à délibérer sur les desiderata énoncés ci-dessus en vue de l'élaboration d'un règlement plus conforme aux données de la science moderne et aux besoins du commerce international en ce qui concerne la défense contre la peste.

Rupture traumatique de la vessie ; Laparotomie ; Guérison

Par le docteur **G. Potel**.

Les ruptures traumatiques de la vessie peuvent se produire par plusieurs mécanismes.

1° Par injection. Quand la distension est trop grande, la vessie peut éclater. La quantité de liquide nécessaire à la production de ce phénomène n'est d'ailleurs pas considérable, puisque dans les dix cas connus, elle n'a jamais dépassé 250 grammes.

2° Par effort. Sous l'action d'une pression abdominale trop forte, le réservoir urinaire peut se rompre.

3° Par un choc plus ou moins violent au niveau de la région sus-pubienne. Cette catégorie est de beaucoup la plus importante. C'est à cette variété qu'appartient le cas intéressant que nous avons pu observer il y a quelque temps dans le service de M. le professeur Dubar.

Gustave C..., charretier, âgé de 27 ans, est admis d'urgence le 9 septembre 1901, au soir, dans le service de M. le professeur Dubar, à l'hôpital de la Charité. Le malade est dans un état syncopal, mais les personnes qui l'accompagnent relatent l'accident de la façon suivante :

Les ouvriers étaient occupés à descendre de lourds tonneaux d'huile dans une cave, en les faisant glisser sur un plan incliné. Le fût était retenu par un câble. Notre malade se trouvait dans la cave, en bas du plan incliné, pour recevoir les tonneaux. A un moment donné le câble se rompit, et le fût, pesant 350 kilos, vint heurter violemment le blessé, à la partie inférieure de l'abdomen. Gustave C... fut renversé par la violence du choc et perdit connaissance. C'est dans ces conditions qu'on le transporta d'urgence à l'hôpital de la Charité.

Je trouvai le malade dans un état de schock très notable. La face est pâle, les traits tirés, le pouls est rapide et un peu faible. Il n'y a pas eu de vomissements, mais simplement quelques nausées.

L'abdomen paraît légèrement tendu. Il est très douloureux dans la partie sous-ombilicale, et particulièrement au-dessus du pubis. Il existe de la défense musculaire. Il n'y a aucune ecchymose, ni éraflure, le tégument est intact. Par contre il existe un gonflement semi-fluctuant, immédiatement au-dessus du pubis. Ce gonflement mollasse est particulièrement perceptible sur la ligne médiane et surtout au niveau du canal inguinal droit.

J'interroge le blessé sur sa miction. Il me dit qu'il n'a pas uriné depuis midi (il était six heures du soir). Il a essayé à plusieurs reprises, mais sans succès.

Je pratique le cathétérisme avec une sonde de Nélaton bouillie. La sonde passe facilement, mais ne ramène que quarante grammes d'urine sanguinolente.

Le diagnostic de rupture traumatique de la vessie me parut s'imposer et je résolus d'intervenir immédiatement.

Le malade fut transporté à la salle d'opération, nettoyé, rasé et aseptisé. Anesthésie chloroformique. Je pratiquai une incision de dix centimètres, partant du pubis vers l'ombilic. Tout le tissu cellulaire, mais surtout le tissu cellulaire sous-péritonéal, baigne dans un liquide séro-sanguinolent à odeur franchement urineuse, l'urine a envahi tout le tissu cellulaire sous-aponévrotique, et arrivée au niveau du canal inguinal, elle a franchi à ce niveau l'appareil musculo-aponévrotique et est venue se déverser sous la peau.

La cavité de Retzius présente des caillots et du sang mélangé à l'urine. On n'aperçoit pas de déchirure nette et large, mais on voit l'urine sourdre à travers la masse cruorique qui se trouve au niveau de la face antérieure de la vessie.

Il n'est pas douteux qu'il existe une déchirure de la face antérieure du réservoir vésical. Je tiens cependant à m'assurer qu'il n'existe pas en outre une plaie intra-péritonéale. Pour cela j'assèche complètement le

champ opératoire à l'aide de compresses stérilisées. Je comble la cavité de Retzius de ces mêmes compresses, pour éviter la pénétration de l'urine dans la cavité abdominale. Je pratique alors une boutonnière péritonéale, suffisante pour me permettre d'explorer la vessie. Il n'existe pas de solution de continuité à ce niveau, mais on voit très nettement une ecchymose sous péritonéale, grande environ comme une pièce de deux francs, située à la face postérieure et supérieure de la vessie. Cette ecchymose est la trace du choc de la vessie sur le promontoire. Je m'assure qu'il n'y a aucune fissure vésicale à ce niveau, et je referme très soigneusement la cavité abdominale. Je place deux drains de Guyon-Périer derrière le pubis, dans la cavité de Retzius. J'insinue un autre drain dans la direction de l'anneau inguinal profond du côté droit, et je suture la paroi, en partie.

Une sonde à demeure est placée dans l'urèthre.

Le lendemain état général bon. Pouls 90. Température 37°8, l'urine recueillie par la sonde vésicale est toujours sanguinolente. Les drains ont bien fonctionné. Le pansement est rempli d'urine. Aucune réaction péritonéale.

A partir du troisième jour, le malade présenta nettement des phénomènes d'infection urineuse. Malgré le soin apporté aux pansements, il y eut avec l'urine dans le pansement un peu de suppuration. En même temps la température montait à 39°2 et le pouls à 120. Ces phénomènes infectieux durèrent huit jours, la température restant élevée, mais cependant l'état général ne fut jamais inquiétant. Régime lacté absolu. Salol à l'intérieur. Drainage soigneux du réservoir vésical.

A partir du sixième jour après l'accident, les phénomènes s'amendèrent, la température tombe à 37°8 et revient peu à peu à la normale ; l'urine rendue par la sonde est abondante et limpide. Les drains placés au-dessus du pubis donnent de moins en moins et il est possible de diminuer peu à peu leur longueur et leur calibre.

Quarante jours après l'accident, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Cette observation nous a paru intéressante à relater non seulement à cause de sa rareté relative, mais encore parce qu'elle montre les nécessités de l'intervention hâtive dans les ruptures vésicales. Nous avons, en effet, pratiqué la laparotomie deux heures après l'accident et nous avons déjà vu un épanchement urineux envahissant presque tout l'hypogastre. On juge des proportions que peut prendre une infiltration urineuse abandonnée à elle-même.

D'ailleurs les résultats thérapeutiques sont des plus encourageants, et d'autant plus favorables, que l'on intervient plus tôt.

A l'époque de l'expectation armée, Bartels attribuait une mortalité effrayante de 90 0/0 aux ruptures vésicales abandonnées à elles-mêmes.

Dans la statistique de Sieur, portant sur des interventions pour rupture intra-péritonéale, on voit la mortalité considérable de 71 °/₀ pour les malades opérés après la douzième heure, tomber à 38 °/₀ pour les malades opérés dans les douze premières heures.

Les ruptures vésicales doivent donc être opérées d'urgence. Plus on interviendra tôt, plus grandes seront les chances de succès.

Congrès de Neurologie de Bruxelles

Maurice Faure, de Lamalou (Hérault). — **Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques** (Crises laryngées ; Troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation). — Il y a lieu d'employer, dans le traitement des troubles viscéraux des tabétiques, les exercices méthodiques, dans le but de corriger l'incoordination des muscles chargés des fonctions thoraciques et abdominales.

C'est, en effet, l'incoordination de ces muscles, qui amène les crises laryngées, par perturbation des réflexes glottiques et des fonctions motrices respiratoires ; — les troubles de la miction et de la défécation, dus à l'incoordination et à l'atonie des muscles de la paroi abdominale, du plancher périnéal, et du diaphragme ; — et enfin, pour une part, la difficulté des fonctions respiratoires et digestives, pour lesquelles l'intégrité des fonctions des muscles du thorax et de l'abdomen est nécessaire. Les exercices méthodiques, en reconstituant le rythme respiratoire, en rétablissant la tonicité des parois abdominales et la coordination des muscles du larynx, etc., amènent promptement l'amélioration, et même la disparition de ces accidents, qu'il faut considérer comme graves, puisqu'ils sont les causes ordinaires de la mort des tabétiques.

En signalant l'action des exercices méthodiques sur les troubles des fonctions de nutrition, nous pensons signaler un fait, dont l'importance thérapeutique sera plus grande encore que ne le fut l'action, aujourd'hui incontestée, des exercices méthodiques sur les fonctions de relation (marche, préhension, écriture). En effet, la privation des fonctions de relation chez un tabétique ne compromet que sa situation sociale ; au contraire, la perturbation de la respiration et de la digestion, fonctions essentielles de nutrition, met en jeu sa vie même.

Variétés & Anecdotes

Une visite inattendue

Comme Haroum al Raschid, le nouveau roi Pierre Karageorgewitch veut se rendre compte par lui-même du bonheur de ses sujets. Le *Matin* raconte qu'un jour il se rendit à l'hôpital de Belgrade et demanda au portier la permission de faire une petite visite. Celui-ci y consentit et le roi se mit à arpenter la salle, conversant avec les malades. A son grand

étonnement, il constata qu'il n'y avait pas un docteur présent dans tout l'hôpital. — « Où sont les docteurs ? demanda-t-il. — Ils jouent au bésigue dans un café, tout près d'ici. — Allez les chercher. »

Mais les docteurs firent répondre qu'ils n'aimaient pas à être dérangés pendant leur partie et qu'ils viendraient plus tard. Alors Pierre 1er se contenta d'écrire ses nom, prénoms et qualités sur le registre des voyageurs, qui se trouvait à l'entrée et s'en alla comme il était venu... Les médecins furent quelque peu ébaubis quand ils apprirent que c'était le roi qu'ils avaient envoyé promener de si magistrale façon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Infirmité et difformité. Le prix d'un nez cassé.

Au cours d'une rixe, l'un des combattants reçoit un coup qui lui occasionne une fracture de l'os du nez. De là une *difformité* permanente. Mais y a-t-il en même temps *infirmité* ? Et quelle est la réparation à laquelle peut prétendre, vis-à-vis de son adversaire, l'homme au nez cassé ?

La première question a été récemment portée devant la Cour de cassation : elle présentait intérêt pour la solution d'un point de procédure. La Cour suprême a décidé que la difformité permanente, qui résulte de la fracture de l'os du nez, ne saurait être assimilée à une infirmité, au sens de l'article 309 du Code pénal. Cet article est celui qui vise le fait de coups, blessures, violences ou voies de fait ayant entraîné, soit une maladie ou incapacité de travail personnel, soit la *mutilation*, *amputation* ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou *autres infirmités permanentes*, soit la mort sans qu'il y ait eu intention de la donner, Cour de cassation, 3 avril 1901, (*Sirey*, 1903, I, 238). L'on ne peut qu'approuver cette solution. En droit pénal, tous les termes employés par le législateur doivent être interprétés dans leur sens strict. Or, étant donnée la simple fracture de l'os du nez, on ne pouvait voir là ni une mutilation, ni une amputation. L'amputation suppose le sectionnement d'un membre avec instrument tranchant. Et, quant à la mutilation, elle suppose également, d'après le sens étymologique du mot μιτυλλω, qu'un membre a été coupé, taillé, détruit. Tandis que, dans notre espèce, le nez subsistait dans toute son intégrité, il était seulement déformé. Donc, il y avait bien difformité, mais il n'y avait pas infirmité.

Que valait, en argent, cette difformité ? L'homme au nez cassé avait eu la satisfaction d'entendre condamner son adversaire à 6 jours de prison. Mais cette rançon, payée à la société, à l'ordre social, ne lui suffisait pas, et il avait demandé à la justice civile la réparation du préjudice à lui causé par la fracture de son nez, et, ajoutait-il, par la perte de son odorat. Ce préjudice, il l'estimait lui-même à 1.500 fr. Le tribunal jugea, nous ne savons pourquoi, cette estimation un peu exagérée, et la réduisit à 800 fr. — Huit cents francs pour la fracture de l'os du nez, est-ce trop ? est-ce trop peu ? Evidemment, c'est là une de ces questions auxquelles il est impossible de répondre *à priori*, et pour la solution de laquelle il faut tenir compte d'éléments multiples tels que la sexe, l'âge, la position sociale de la victime, etc. J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux

PRIX JEAN DUBREUILH

Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Etude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse.*

PRIX FAURÉ

Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : *Etudier les causes de l'alcoolisme à Bordeaux et les moyens d'assurer à la classe ouvrière des boissons saines et une alimentation réconfortante.*

***

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. FRÈCHE, Secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du Concours.

Les mémoires devront être adressés : pour le prix JEAN DUBREUILH, jusqu'au 30 avril 1904 ; pour le prix FAURÉ, jusqu'au 28 février 1904.

FACULTÉS & ÉCOLES DE MÉDECINE

Poitiers. — M. le docteur ALBAN DE LA GARDE, professeur de pathologie interne, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur PETIT, suppléant, est chargé, pour l'année scolaire 1903-1904, du cours d'histologie.

Distinctions Honorifiques

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les docteurs NOIR, de Paris ; CHAPUIS, de Lons-le-Saulnier ; DEVEZ, de Cayenne.

— Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. les docteurs GUESDE, de la Guadeloupe ; BARRAIL, de Beauville ; ESTRADÈRE, de Luchon ; LABANOWSKI, médecin-major de 1re classe à Agen ; Mme RECHTSAMER, de Paris.

— Une *médaille de bronze* (médaille d'honneur des épidémies) a été décernée à M. le docteur Paul HERVOIT ; M. GAUCKLER, interne des hôpitaux de Paris ; MM. BÉCLARD, BOURGANEL, DE BRUNEL DE SERBONNE, COTONNEC, DELILLE, DUVERGIÉ, GUÉRIN-BEAUPRÉ, Louis LIÈVRE, NICOLAS, DE SAINT-MATHIEU, VACQUERIE, WICART, externes des hôpitaux de Paris ; BOURRIER et ROUILLIER, étudiants en médecine à Paris.

— Une *médaille de bronze*, pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr VIEUBLED, de Paris.

— Une *mention honorable*, pour services rendus à la mutualité, a été décernée à M. le docteur GUIGON, de Constantine.

Notre Carnet

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de M. le docteur Fernand LECLERCQ, ancien interne des hôpitaux de Lille, avec Mademoiselle DUPREZ, de La Bassée.

Nos bien cordiales félicitations et nos meilleurs souhaits.

— Le 17 septembre ont eu lieu à Remilly-Wirquin (Pas-de-Calais), les cérémonies du mariage de notre excellent confrère, le docteur Georges PONTIER, de Lumbres, avec mademoiselle Emma AVOT. Nous adressons aux jeunes mariés nos meilleurs vœux de bonheur.

— Le même jour avait lieu, à Lille, le mariage du docteur Paul BLEUZÉ, avec mademoiselle Gabrielle POULAIN. Nos meilleurs vœux.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs FRÉBILLOT, de Mirecourt, et VODAL, de Saint-Vincent-de-Rheims.

OUVRAGES REÇUS

— **Les neuro-arthritiques à Plombières**, par le docteur E. HAMAIDE, Paris, Baillière, 1903.

— **Les grands lavages intestinaux dans le traitement de la colite muco-membraneuse**, par le docteur DE LANGENHAGEN, de Plombières ; extrait de la *Presse médicale*, mai 1903.

— **Note sur la leucoplasie du col de l'utérus, ses rapports probables avec la syphilis et l'épithélioma**, par le docteur H. VERDALLE, de Cannes ; extrait des *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*.

— **Plan de campagne de la lutte contre la tuberculose en France**, par le professeur BROUARDEL ; extrait du *Bulletin de la Fédération antituberculeuse française*, C. Naud, éditeur, Paris, 1903.

— **La lutte contre la tuberculose en Belgique ; de la création d'un sanatorium populaire dans les environs de Bruxelles** Bruges, Houdmont-Boivin, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

37e SEMAINE, DU 6 AU 12 SEPTEMBRE 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	10	9
3 mois à un an	6	7
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	»	3
5 à 10 ans	2	1
10 à 20 ans	1	4
20 à 40 ans	7	6
40 à 60 ans	8	2
60 à 80 ans	8	5
80 ans et au-dessus	1	3
Total	46	41

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	10
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	3	2	»	»	1	»	2	11	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	»	»	4	10	21
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3	2	»	»	»	1	»	»	»	»	5	12	23
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	2	»	»	3	»	»	1	»	»	6	15	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	2	»	1	»	»	»	5	12	12
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	1	»	»	»	2	6	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	5	»	»	1	»	»	»	»	»	1	10	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	1	»	»	»	»	1	6	2
Total	»	1	»	»	»	»	»	4	3	9	20	1	»	12	5	2	1	1	»	28	87	110

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 350. Septième Année. N° 39. Le Numéro : 10 centimes 27 Septembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas de lithiase biliaire vésiculaire ayant simulé d'autres affections. Présentation de pièces opératoires : vésicule avec calcul dans le canal cystique (cysticocholécystectomie), calculs biliaires (cholécystostomies).

Par le docteur **René Le Fort**

Les trois observations que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la *Société de Médecine du Nord* n'ont guère qu'un caractère commun : toutes trois se rapportent à des lithiases vésiculaires méconnues, et toutes trois ont donné lieu à des interventions chirurgicales au cours desquelles l'erreur a été reconnue.

Deux de ces observations appartiennent à ma pratique privée, la troisième se rapporte à un malade que j'ai eu l'occasion d'opérer dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur pendant que j'avais l'honneur de suppléer M. le Prof. Folet.

Observation I. — *Grosse vésicule droite prise pour une tumeur du rein. — Cholécystostomie. — Fistule persistante. — Cholécystectomie secondaire avec cysticostomie.— Guérison.* — Au mois d'août 1901, une femme de 35 ans environ se présente à ma consultation pour des douleurs de l'hypochondre droit durant depuis plusieurs mois. L'examen permet aussitôt de constater l'existence dans le flanc d'une tumeur siégeant profondément dont la malade a jusqu'ici ignoré l'existence. Cette tumeur est peu mobile, elle est située sous les fausses côtes ; elle paraît dure et volumineuse, mais comme elle s'enfonce très profondément, il est impossible d'en apprécier exactement les dimensions. La percussion révèle une sonorité manifeste à sa surface ; on perçoit avec la plus grande netteté le *ballottement rénal*, et j'ai eu l'occasion de le faire sentir à plusieurs élèves comme un type de ballottement.

L'examen du foie, de la rate, des poumons, de l'intestin, de l'utérus et des annexes permet de constater l'intégrité de ces organes.

La tumeur n'est pas nettement influencée par les mouvements du diaphragme.

Le diagnostic tumeur rénale paraît s'imposer, mais y-t-a-il néoplasme ou hydronéphrose? Les résultats négatifs de l'interrogatoire de la malade et de l'examen des urines nous font penser plutôt à un néoplasme rénal d'autant plus que la malade dit avoir maigri depuis quelques mois. Notons qu'il n'y a jamais eu d'ictère. Il n'y a pas de fièvre. La laparotomie est proposée et acceptée, et le 25 août, je la pratique avec l'aide de mon excellent confrère, le Dr Lecat, et de MM. J. Colle et Dancourt, alors internes des hôpitaux.

En raison d'une erreur possible de diagnostic, je fais, non l'incision lombaire, mais la laparotomie sur le bord externe du droit, et le péritoine ouvert, je sens la tumeur en arrière du côlon. L'angle droit du côlon et l'extrémité correspondante du côlon transverse abaissés, je découvre le bord antérieur du foie et la vésicule, biliaire qui ont basculé en arrière. La vésicule grosse comme un œuf de poule, tendue à éclater, forme la tumeur dure sensible à la palpation. Dès lors, l'opération indiquée, c'est la cholécystostomie. Celle-ci présente de réelles difficultés. Il est très difficile d'amener la vésicule au contact de la paroi ; d'autre part, on a nettement l'impression que si on l'incise et si on la vide de son contenu, elle fuira dav

tage et qu'il sera alors tout à fait impossible de la fixer à la paroi. L'exploration au doigt de sa face inférieure entièrement libre d'adhérences, conduit sous le foie vers le cholédoque et, si loin que l'examen puisse porter, on sent la queue de la poire vésiculaire se prolonger dans la profondeur ; le cystique, à n'en pas douter, participe à la dilatation. Dans ces conditions, et ne sachant si le contenu de cette vésicule est septique ou non, je préfère la cholécystostomie en deux temps à la cholécystectomie qui me paraît ici dangereuse, et non sans peine, je fixe en couronne à la paroi cette vésicule non ouverte. Les fils restent dans l'épaisseur de la paroi pour éviter la perforation du réservoir biliaire et l'évacuation de son contenu. Le reste de la plaie abdominale est fermé par trois plans.

Deux jours après, j'incise la vésicule et je saisis aussitôt les bords de la brèche pour empêcher l'organe rétracté de filer dans le ventre en rompant ses adhérences à la paroi ; leur solidité n'est peut-être pas suffisante en effet, les enveloppes externes de la vésicule ayant seules été fixées à la paroi. Deux fils sont immédiatement passés dans l'épaisseur totale des bords de l'ouverture et la fixation solide est assurée.

Le liquide qui s'écoule est épais, filant, à peine coloré. Dans le fond, on sent des calculs dont on attend l'expulsion spontanée en maintenant la vésicule largement ouverte. On y place un gros drain.

Les suites sont extrêmement simples ; le 30 août, M. le Dr Lecat m'écrivait : La femme L.... va à merveille, pas de suppuration, pas de fièvre, je n'ai à cette heure à son sujet aucune inquiétude. »

Le 2 septembre, on enlève les fils, la plaie est réunie par première intention, l'écoulement muqueux continue, mais il ne sort ni bile ni calculs.

Cette malade habite dans un village, loin de tout médecin, et malgré tout le dévouement, auquel je me plais à rendre hommage, de mon excellent confrère le Dr Lecat, il est impossible de surveiller très régulièrement la marche de l'affection.

Le 28 octobre, la fistule est fort rétrécie et laisse une issue insuffisante à l'écoulement du liquide clair et muqueux qui, de nouveau, distend la vésicule.

Le 30 octobre, je dilate légèrement l'orifice et place un drain.

Le 5 novembre, il s'est écoulé une très grande quantité de liquide, toujours clair et muqueux, ni bile, ni calculs ; je fais une nouvelle dilatation, suivie d'une exploration avec une pince longuette. On sent les calculs, sans pouvoir faire de prises efficaces. Je mets dans l'orifice une grosse laminaire.

Le 7 novembre, malgré la dilatation très large de la fistule qui permet le facile passage du doigt, il est encore impossible d'extraire des calculs.

Le 4 décembre, la malade a de nouveau laissé sa fistule se refermer, malgré toutes mes recommandations ; de nouveau elle fait de la rétention et des douleurs. L'orifice externe de la fistule est un peu suppurant, mais le liquide retenu dans la vésicule reste toujours aussi limpide.

En présence de la difficulté qu'il y a à maintenir la fistule largement dilatée, je propose une intervention plus radicale qui débarrasse la malade de sa fistule, la cholécystectomie.

Jamais la malade n'a eu d'ictère, il semble bien qu'il y ait chez elle une oblitération définitive du canal cystique et qu'on soit autorisé à pratiquer la cholécystectomie.

L'opération est d'abord acceptée, mais, le 6 décembre, je reçois contre-ordre, tout est changé, et la malade préfère remettre à plus tard une nouvelle intervention. Ma proposition a tout de même eu un effet utile, la malade se soigne mieux, elle va voir son médecin, la dilatation large peut être maintenue, et le 14 décembre je recevais la lettre suivante de M. le Dr Lecat : « La malade va bien ; par sa fistule, depuis deux jours, sont sortis d'énormes calculs biliaires ». Ces calculs, au nombre de deux, présentaient le volume de grosses noisettes « depuis cette expulsion, écrivait le 21 le Dr Lecat, les douleurs ont considérablement diminué, l'état général est beaucoup meilleur. En explorant la vésicule avec le doigt, je ne sens plus rien. ».

Le 26, je fais une exploration avec le doigt et des pinces; on n'arrive plus à sentir de nouveaux calculs.

Dès lors, il reste donc à la paroi une simple fistule muqueuse, mais cette fistule persiste, son orifice externe a une tendance presque invincible au rétrécissement, et des crises douloureuses paraissent liées à la rétention. De temps à autre je revois la malade, et, l'été suivant, l'opération, proposée à nouveau, est acceptée et même réclamée. Elle est pratiquée le 4 juin 1902, à 9 heures du matin, avec l'aide toujours aimable de M. le Dr Lecat et de M. Davrinche, alors interne des hôpitaux. Incision sur la cicatrice ancienne, circonscrivant la fistule ; dissection d'un losange de peau autour de cette fistule, et rabattement de ce losange, de façon à pouvoir invaginer l'orifice, le pincer et l'entourer dans une compresse stérile pour éviter toute souillure du champ opératoire. Je pénètre dans la cavité péritonéale au dessous de la fistule, et j'entoure de deux doigts introduits par cette brèche le gros cordon que forme la vésicule. Pendant que la vésicule est ainsi fixée et limitée, je sectionne ses attaches aux ciseaux et le plus près possible d'elle, pour la libérer autant qu'il se peut. Le foie est très adhérent au niveau de son bord, je fais une incision au niveau de ce rebord hépatique et décolle la vésicule d'avec le foie ; sections latérales, libératrices, mais le foie, très adhérent, se déchire. Il y a au niveau de son bord une plaie de 3 ou 4 centimètres, saignant abondamment. Le long des deux bords de cette déchirure, je pratique rapidement une ligature en chaîne par le procédé d'Auvray, l'hémorragie très abondante s'arrête de suite et définitivement. Le décollement de la vésicule est poursuivi sur le canal cystique ; une pince hémostatique saisit l'artère cystique puis est remplacée par une ligature ; on sent un gros calcul dans le canal cystique ; on applique une ligature double au-delà du calcul, renforcée encore d'une ligature simple au catgut un peu au delà. Du côté de la vésicule, je place une pince-clamp coudée sur le canal cystique, pour éviter tout écoulement de liquide dans le ventre ; section aux ciseaux entre la pince et la ligature ; le moignon cystique est cautérisé au thermo ; on met un drain de gaze dans la plaie. Celle-ci est fermée, sauf pour le passage du drain, par deux plans de sutures. Le péritoine a été en réalité très peu ouvert, et on a pu se rendre compte au cours de l'opération que toutes les manœuvres auraient pu être faites sans incision du péritoine et sans difficulté notable. L'opération a duré 45 minutes. Les suites sont simples. Réunion per primam.

La malade, vue le 6, va très bien.

Depuis cette époque, elle reste définitivement guérie. Revue dernièrement, elle se plaint encore quelquefois de douleurs vagues dans l'abdomen qui ne paraissent pas en relation avec les accidents anciens, mais dus sans doute à l'hépatoptose pour laquelle je lui ferai peut-être l'hépatopexie, car elle réclame une intervention quand elle a des crises douloureuses.

La malade a été revue il y a quelques semaines. La santé générale est bonne. Localement, la cicatrice est solide, linéaire, sans éventration.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est constituée par la vésicule biliaire ouverte longitudinalement. Vous pouvez voir au fond de la vésicule l'orifice du

canal cystique qui peut avoir un millimètre de diamètre. Dans le canal est un calcul du volume d'une noisette, entièrement enchâtonné. La résection a porté au delà du calcul, comprenant par conséquent une bonne partie du canal cystique.

Je vous présente en même temps les débris des deux calculs expulsés spontanément. Ce sont des types de calculs biliaires. Je vous en montrerai d'autres tout à l'heure.

Je relèverai dans cette observation, en dehors de l'erreur de diagnostic qui me paraît avoir été inévitable, la nécessité dans laquelle je me suis trouvé de pratiquer la cholécystostomie en deux temps, opération beaucoup moins bonne faite ainsi qu'en un temps. Je noterai en outre le fait de l'enchâtonnement complet d'un très gros calcul dans le canal cystique énormément dilaté localement et refermé en arrière du calcul du côté de la vésicule. Au point de vue opératoire, l'hémostase du foie a été admirablement assurée par l'excellent procédé de mon ami le Dr Auvray. Enfin, la cholécystectomie a été d'une simplicité parfaite, l'incision du péritoine que nous avions cru devoir faire aurait pu, sans aucune difficulté, être évitée, et, avant d'avoir lu la description de la cholécystectomie intra-péritonéale, je m'étais bien promis, le cas échéant, d'y avoir recours.

Ainsi donc, dans cette première observation, la vésicule tendue en imposait pour une tumeur du rein. Dans la suivante, rien non plus n'attirait l'attention du côté de la vésicule, et des accidents aigus d'origine vésiculaire furent mis sur le compte d'une appendicite.

Observation II. — *Cholécystite calculeuse ayant simulé l'appendicite. — Cholécystostomie.* — Le sieur X..., grand garçon de vingt ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 1er septembre 1902 dans le service de M. le Prof. Lemoine.

Antécédents héréditaires : La mère de X... est morte de lithiase biliaire à 43 ans, il y a de cela 5 ans 1/2. Rien de particulier en dehors de ce fait. Rien à relever non plus dans les antécédents personnels du malade.

Le 28 août 1902, vers 10 heures du soir, il ressent une douleur violente dans le côté droit du ventre ; au même instant, il a un vomissement puis une selle noire, et le lendemain, la douleur ayant disparu, il reprend le travail, le 29 août par conséquent.

Le 30, une nouvelle crise de douleurs assez violentes survient et persiste avec exacerbations. Il y a des vomissements. Le soir du même jour, nouvelle selle noirâtre. La miction se fait bien, l'aspect des urines est normal.

Le 1er septembre, vers midi, ce malade entre dans le service de médecine, courbé en deux, tenant à deux mains son côté droit, souffrant très violemment, avec des exacerbations accompagnées de crises. Pas de selles ni de vomissements dans la journée.

Le soir, la température est de 38°9.

Le 2 septembre, le malade passe dans le service de chirurgie avec le diagnostic d'appendicite. Il a les yeux un peu excavés, des traits tirés, le pouls, petit, est à 111, (il était à 96 quelques heures plus tôt), dépasse 38° (38°2). Le ventre est extrêmement sensible à droite, surtout au niveau du point de Mac Burney et dans toute la région sous-jacente. Le ventre est un peu ballonné et sonore.

J'adopte le diagnostic d'appendicite formulé par mon confrère et ami le Dr Patoir, et opère immédiatement le malade avec l'aide de M. le Dr Davrinche, alors interne du service. Plus tard pourtant, M. d'Hotel, interne du service de médecine, m'apprit qu'au cours d'un examen prolongé, il avait trouvé un point plus douloureux au niveau de la vésicule, qu'il avait même cru percevoir à ce niveau une tumeur grosse comme une balle à jouer. L'examen du ventre était si douloureux quand je vis le malade qu'il me fut impossible de percevoir une tuméfaction dans la région de la vésicule ou ailleurs. Le pincement de la peau n'était pas douloureux.

L'état du pouls et de la température, la localisation de la douleur, le début brusque, la marche des accidents, tout faisait penser à une appendicite.

L'examen du foie à la percussion dénotait une augmentation de volume de l'organe, descendant d'au moins deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes et remontant à deux doigts et demi au dessus du mamelon. Cette étendue de la matité hépatique nous fit porter un pronostic sévère sans modifier notre diagnostic.

L'opération nous ménageait une surprise : incision le long du bord externe du droit ; dissociation sans section des muscles, l'appendice est trouvé facilement, il paraît sain ; dans le doute, je le résèque : ligature enchaînée (nœud de Lawson Tait) sur l'appendice et le méso, section de l'appendice après retroussement d'une collerette péritonéale à la base de l'organe, collerette qui, après cautérisation de la muqueuse au thermo, est rabattue sur la surface de section et fermée en bourse à la soie fine. L'examen de l'appendice fait plus tard montre la présence d'un tricocéphale vivant dans la cavité du diverticule qui est mince et gonflé de gaz circulant librement.

Le doigt introduit dans l'abdomen rencontre une masse dure sous le foie. L'incision est prolongée jusqu'aux côtes, et on se rend compte alors que c'est la vésicule, grosse et fortement tendue, mais invisible et située très profondément. Le doigt, en parcourant la face supérieure du foie, perçoit une crépitation moyenne fine, donnant l'impression d'adhérences en préparation qu'on détruit sans résistance aucune. Le jour est insuffisant. Je pratique un débridement de la paroi en dedans vers la ligne médiane. Des écarteurs permettent d'apercevoir la vésicule, d'une couleur rouge violacée foncée, et dont l'extrémité est grosse comme un œuf de poule ; piriforme, elle s'amincit en se dirigeant sous le foie. La partie inférieure de l'incision est fermée par un plan séro séreux et un plan musculo-aponévrotique. Des compresses sont insinuées sous la vésicule et autour d'elle, il est impossible de l'attirer. On l'incise, et du liquide clair, filant, muqueux s'écoule. Les bords sont saisis avec deux pinces de Museux, l'incision est agrandie, et il s'écoule bientôt du pus, brun gris sale, succédant au liquide clair. On assèche le mieux possible la cavité, et le doigt, introduit dans la vésicule, sent de nombreux calculs. Avec une curette mousse et le doigt, on retire deux gros calculs, plus gros que des noisettes, que je vous présente ici, puis 8 ou 10 calculs de moindre volume, et une infinité de petits accompagnés de boue biliaire.

Le bord supérieur de la vésicule est fixée à la paroi par des points séro-séreux, mais il est impossible de fixer entièrement l'orifice, la vésicule se déchire. D'autre part, l'absence totale d'adhérences péri-vésiculaires et l'écoulement récent de pus qui a souillé nos doigts ne nous engagent pas à pratiquer la cholécystectomie d'emblée. Un gros drain est placé dans la vésicule, un drainage à la gaze est établi autour du drain, la vésicule est bien isolée de la cavité abdominale. Le ventre est fermé par trois plans ne laissant que le passage nécessaire des gazes et des drains.

Le soir, température 37°7. Pouls 104. Le 3 septembre, X... souffre beaucoup, il s'agite, il se plaint constamment de la soif, il veut se tuer, on est obligé de l'attacher.

Température du matin 37°5. Pouls 96.

Température du soir 37°5. Pouls 116.

Le 4, on change le pansement, souillé d'une abondante quantité de bile. On renouvelle les gazes extérieures et on laisse le tamponnement.

La sensation de soif persiste toujours très vive. Le malade est un peu moins agité, on doit cependant l'attacher pour la nuit et lui faire des piqûres de morphine.

Température du matin 38°2. Pouls 104.

Température du soir 38°. Pouls 88.

Le 5, le malade est plus calme. Comme il n'a pas été à la selle depuis le 20 août, on lui donne un purgatif léger (20 grammes d'huile de ricin) suivi bientôt de deux selles normalement colorées, rendues sans grande difficulté, ni douleurs.

Les conjonctives ont une teinte légèrement ambrée à peine sensible.

On examine les urines qui sont un peu colorées. Traitées par l'acide azotique, il se produit un faible anneau biliaire et un précipité très abondant qui se dissout par la chaleur (urates). Il n'y a pas d'albumine.

Température matin, 37°7. Pouls 80.

Température soir, 36°9. Pouls 84.

Le 6, nouveau pansement. A peine souillé la veille, il est aujourd'hui complètement rempli de bile. Les gazes qui entourent le drain et ont servi à protéger le péritoine sont enlevées et remplacées par de légères gazes blanches.

Le blessé va fort bien.

Température matin, 36°5. Pouls 72.

Température soir, 37°3. Pouls 76.

A partir de ce moment, les suites sont très simples. Le pansement est refait le 8, le 10, etc... Le 12 le malade, un peu constipé, est purgé de nouveau. Voici la marche de la température et du pouls depuis le 6 :

Le	7	Température	matin	36°8.	Pouls	matin	68.
»	»	»	soir	37° .	»	soir	72.
»	8	»	matin	36°6.	»	matin	60.
»	»	»	soir	36°8.	»	soir	68.
»	9	»	matin	36°5.	»	matin	64.
»	»	»	soir	36°7.	»	soir	76.
»	10	»	matin	36°7.	»	matin	64.
»	»	»	soir	36°6.	»	soir	72.
»	11	»	matin	36°6.	»	matin	64.
»	»	»	soir	36°5.	»	soir	72.
»	12	»	matin	36°3.	»	matin	76.
»	»	»	soir	36°5.			
»	13	»	matin	36°2.			
»	»	»	soir	36°8.			
»	14	»	matin	36°1.			
»	»	»	soir	36°6.			

Pendant toute cette période, l'état général est excellent, le malade engraisse notablement. Les selles redeviennent colorées, et les douleurs ne surviennent que s'il y a obstruction de la fistule biliaire soit par le drain, soit par rapprochement de ses bords ; un bon drainage rappelle toujours le calme.

L'ictère dont nous avons noté l'apparition le 5 septembre devint bientôt très foncé, dura plusieurs semaines pour disparaître complètement après que les selles eurent repris leur coloration. Au mois de novembre, l'ictère ayant cessé complètement et la fistule étant fort diminuée de volume, M. le Professeur Folet pratiqua l'occlusion par avivement et suture. Le résultat a été bon après un écoulement de bile qui a cessé entièrement au bout de quelques jours. Le malade, revu depuis, a eu à diverses reprises des crises douloureuses dont la cause n'a pas été absolument élucidée, mais qui ont été assez violentes pour qu'on ait songé à un certain moment à rouvrir la fistule. L'état général du malade était très bon quand il a quitté l'hôpital.

Ici, peut-être, une longue et minutieuse analyse des symptômes eût pu nous conduire au diagnostic, il n'en est pas moins vrai que nous avons porté, tant dans le service de médecine que de chirurgie, le diagnostic d'appendicite, erreur fréquente du reste, et sur laquelle l'attention a été souvent déjà attirée. J'ajouterai que j'ai récemment commis une erreur inverse, et que, après avoir incisé au niveau de la vésicule croyant opérer une cholécystite, j'ai été amené à détacher quelques adhérences péri-hépatiques, à suivre les lésions le long du côlon ascendant, puis du cœcum, à réséquer l'appendice pour traiter finalement des lésions dont le point de départ réel était dans le cul-de-sac de Douglas. Mais les faits de cet ordre sont bien connus et je ne saurais y insister.

Je rapprocherai des deux observations qui précèdent et qui ont ensemble quelques rapports une observation d'un tout autre genre. Ici, la calculose vésiculaire fut une trouvaille opératoire que rien, je le pense, ne permettait de soupçonner.

Observation III. — *Lithiase biliaire méconnue chez une malade atteinte de cancer de l'estomac.* — Il s'agit d'une malade âgée de 65 ans, présentant depuis quelques mois tous les symptômes d'une sténose pylorique. Récemment, un ictère a apparu, foncé, sans décoloration des fèces, au début au moins.

Un mois avant que j'aie été appelé auprès de la malade, des médecins instruits ont constaté l'absence de toute tumeur pylorique perceptible à la palpation.

Au moment où j'examine Madame L..., je constate une tumeur pylorique très volumineuse, se prolongeant sous le bord du foie, sans qu'on puisse dire si le foie participe ou non à la néoplasie. La masse est considérable, et bien plus étendue qu'on n'a l'occasion de l'observer dans les néoplasmes pyloriques même arrivés à leur période ultime. Il n'y a pas d'antécédents de lithiase biliaire.

En raison de l'excellence de l'état général, de l'extrême rapidité du développement des tumeurs pylorique et sous-hépatique, je porte le diagnostic de néoplasme pylorique avec péritonite partielle de voisinage englobant les voies biliaires inférieures.

Je suis à ce moment heureux d'apprendre que ce diagnostic a été également porté par M. le Prof. Surmont, dont la compétence en fait de lésions de l'estomac ne fait de doute pour personne.

L'alimentation est absolument impossible, la malade fond à vue d'œil, la gastro-entérostomie est la seule chance de prolongation de l'existence.

Le 29 juin 1903, aidé de plusieurs confrères, je pratique la laparotomie. Je tombe sur la masse pylorique néoplasique ; le lobe droit du foie paraît sain, le lobe gauche n'a que quelques noyaux assez petits qui sont insuffisants pour expliquer l'ictère. La vésicule biliaire, entièrement libre et facile à explorer, est rétractée sur des calculs qui la bourrent entièrement. Des calculs remplissent également le canal cystique et se prolongent jusque dans le cholé-

doque, comme si les voies biliaires étaient entièrement pavées par les calculs. Je me propose de faire une cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, mais auparavant il faut faire la gastro-entérostomie, but de l'opération. Je soulève donc l'épiploon, et je constate avec regret qu'il est entièrement néoplasique et forme un gâteau rigide. J'effondre le mésocôlon et je constate que toute la paroi postérieure de l'estomac est absolument envahie, toute gastro-entérostomie postérieure est absolument impossible. Reste donc l'antérieure, mais le mésocôlon et l'épiploon sont absolument infiltrés, et quoique je fasse, l'intestin que j'amènerai au contact de l'estomac sera étranglé dans les tissus rigides si je choisis la voie transmésocolique ou sous le poids de l'épiploon dans le cas d'une antérieure sous colique. Force est donc de refermer le ventre, et d'abandonner du même coup toute idée d'intervention sur les voies biliaires.

La malade mourait deux jours, après, très probablement d'hémorrhagie stomacale.

Sans vouloir insister plus longuement sur cette observation, je ferai remarquer combien ici encore le diagnostic de la lithiase était improbable. Je relèverai aussi ce fait, inexpliqué avant l'opération, de l'apparition si rapide d'une énorme tumeur. L'opération a montré que toute cette tumeur n'était que le résultat de l'extension récente d'un néoplasme déjà très étendu de toute la face postérieure de l'estomac resté inappréciable à la palpation tant qu'il était purement postérieur, et devenu subitement perceptible sur une très grande étendue, du moment où il débordait la face postérieure.

L'erreur de diagnostic était à peu près fatale dans deux au moins de ces trois faits. Dans le premier, l'absence absolue de tout symptôme hépatique, la sonorité antérieure de la tumeur, le ballottement rénal très net, devaient faire conclure à une tumeur du rein.

Dans le second, les signes étaient bien plus en faveur de l'appendicite que de la cholécystite.

Dans le troisième, l'ictère récent accompagnant un néoplasme prépylorique avec lésions hépatiques, devait plutôt faire penser à un ictère par compression soit inflammatoire, soit néoplasique du cholédoque ou par cancer secondaire du foie ; il n'en était rien, et sans nier toute compression cholédochienne néoplasique, il paraît certain que le principal rôle dans l'ictère était dû à la lithiase biliaire en raison de l'état constaté de calculose vésiculaire et cystique étendue au cholédoque.

Ces trois faits appartiennent à des chapitres très différents de la lithiase biliaire vésiculaire, il m'a cependant paru intéressant de les rapprocher en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils ont donné lieu.

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

Service de M. le professeur **H. Folet**

Hernies propéritonéales et réductions en bloc

Leçon recueillie par M. **Debeyre**, interne du service

MESSIEURS,

Vous connaissez les hasards des séries cliniques qui parfois en quelques jours vous mettent sous les yeux plusieurs exemplaires d'un même fait rare.

Je vous ai parlé, il y a trois semaines, d'une réduction en bloc de hernie. Voici un cas, non identique mais analogue, dont notre interne M. DEBEYRE, va vous lire l'observation :

Le mercredi 3 juin 1903, au matin, D..., âgé de 62 ans, entrait d'urgence dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital St-Sauveur.

Cet homme nous raconte que le lundi 1er juin, vers 5 heures du soir, après avoir travaillé toute la journée, il regardait tranquillement des joueurs de balle, quand tout à coup, il se sentit mal à l'aise et éprouva dans l'abdomen des tiraillements. Comme sa demeure était très proche, il s'en retourna chez lui et dut s'aliter. Il eut alors de violentes coliques, fit des efforts pour aller à la selle, mais en vain ; il ne put même émettre aucun gaz. Ses douleurs étaient tellement fortes, dit-il, que, « pendant deux heures, il crut être sur le point de mourir. » Ayant pris un peu de café, il le vomit.

Un médecin fut mandé en toute hâte. Connaissant les antécédents du malade, il conclut aussitôt à une occlusion intestinale, et eut la sagesse de n'administrer aucun purgatif au patient et de l'envoyer à l'hôpital, sans plus tarder.

Depuis l'âge de cinquante ans, D..., était porteur d'une hernie inguinale droite ; la hernie qui rentrait très facilement était maintenue par un bon bandage. Chaque soir, à son coucher, D... enlevait son bandage. Il y a 3 mois, comme notre homme s'était levé pour uriner, la hernie sortit tout d'un coup, dans un effort de toux ; elle était plus grosse que d'habitude, grosse dit le malade, très intelligent, « comme les deux poings, sans aucune exagération. » Il essaya de faire rentrer cette volumineuse hernie, mais ne put d'abord y arriver. Redoublant de patience et de taxis mal fait, il parvint, au bout de une heure et demie, à la réduction complète. Depuis ce jour, tout allait bien, sauf quelques coliques passagères de temps en temps, quand survint l'accident du 1er juin. Un détail à retenir : la hernie ne sortait plus depuis l'autotaxis.

Le lendemain, 2 juin, le ventre commença à se ballonner ; le malade eut plusieurs vomissements alimentaires d'odeur fécaloïde ; pas d'émission de gaz ; pouls à 90°.

Le 3 juin, au matin, le facies est grippé ; les traits tirés, les lèvres et l'extrémité du nez cyanosées. La température est de 37°2 ; le pouls est à 100, petit.

Il y a une légère dyspnée.

Le ventre est ballonné, sonore à la percussion. Dans la région hypogastrique, un peu à droite de la ligne blanche, on sent un empâtement limité ; la palpation est douloureuse; les muscles droits se contractent énergiquement. Le canal inguinal est libre; le testicule droit est en place.

M. le prof. Folet pratique la laparotomie médiane. Aussitôt, après l'incision de l'aponévrose abdominale profonde, en avant du péritoine, se présente un sac, gros comme une orange, comme une petite noix de coco, renfermant deux anses intestinales, accollées en canon de fusil; on l'ouvre, on élargit le collet et après avoir lavé les anses intestinales, on les rentre dans l'abdomen. Le canal inguinal est libre et ne contient aucun prolongement herniaire. On peut l'explorer par le ventre. Le testicule est en place, la vaginale fermée. Nous n'avons pas affaire à une hernie congénitale.

Suites opératoires : les accidents cessent aussitôt; plus de vomissements.

La température est normale ce jour-là et le suivant; mais le surlendemain, le pouls devient fréquent, la température s'élève à 38°2 le matin, 38°6 le soir, quoique le malade ait eu des gaz, et même deux selles grâce à une petite dose d'huile de ricin. Après avoir enlevé quelques griffes, nous voyons sourdre du liquide louche mêlé de sang (hématome infecté). Nous plaçons un drain ; et deux jours après la température revient à la normale.

Aujourd'hui 15 juin, le malade est en pleine voie de guérison.

En résumé : hernie existante depuis 12 ans; à un moment violents efforts de taxis ; depuis, hernie disparue; trois mois plus tard, accidents spontanés d'étranglement; tumeur iliaque droite. Diagnostic : occlusion intestinale, peut-être par réduction ancienne d'un sac herniaire dans lequel la hernie s'est ultérieurement reproduite et étranglée.

L'opération nous montre la hernie réduite placée en avant du péritoine; c'est une hernie *propéritonéale* dans le sens étymologique et descriptif du mot. Mais ce n'est pas là ce qu'on entend d'habitude, dans les traités classiques actuels, par la dénomination de hernie propéritonéale.

***

Pour les auteurs de ces traités, en effet, — lisez l'article de Berger dans le livre de Duplay-Reclus, l'aticle de Jaboulay dans le traité Le Dentu-Delbet, — La hernie propéritonéale se compose de deux parties, l'une superficielle l'autre profonde : La partie superficielle occupe le trajet inguinal et fréquemment envoie un prolongement jusque dans le scrotum. Au niveau de l'anneau inguinal interne, au lieu de s'ouvrir directement dans le péritoine, le sac superficiel ainsi disposé communique avec un sac profond interposé entre le fascia transversalis et le péritoine soulevé par la saillie que ce sac profond, *propéritonéal*, détermine. C'est ce sac profond qui s'ouvre dans la cavité péritonéale par un orifice arrondi ou elliptique, placé plus ou moins près de l'orifice qui fait communiquer le sac superficiel avec le sac profond. Les hernies propéritonéales sont des hernies bilobées et l'origine de ces hernies est, dans la très grande majorité des cas, trop manifestement congénitale pour qu'on puisse leur attribuer comme mécanisme de formation le refoulement partiel de la partie supérieure du sac herniaire dans le ventre. Les hernies propéritonéales sont dues à la persistance du canal péritonéo-vaginal avec ou sans ectopie testiculaires. Suivant les recherches de Ramonède, le canal péritonéal, lorsqu'il persiste chez l'adulte, présente la disposition suivante : il commence au niveau d'un repli péritonéal valvulaire placé dans la fosse iliaque même, en arrière de l'arcade crurale, notablement au-dessous du niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Dans les hernies en question la dilatation interstitielle du conduit péritonéo-vaginal persistant forme le renflement intra-inguinal de la hernie. L'ampliation plus ou moins considérable, parfois énorme, de l'infundibulum péritonéal qui s'étend de la valvule originelle de ce canal jusqu'à l'anneau inguinal interne constitue le renflement propéritonéal de la hernie (1).

Telle est la conception actuelle de ces hernies. Telle était d'ailleurs celle que s'en faisait à peu près, un peu vaguement, le premier descripteur, Parise. Car cette question est d'origine lilloise. C'est Parise, mon maître et mon prédécesseur dans cette chaire de clinique, qui a, le premier, donné, au milieu d'observations empruntées à divers auteurs, une longue observation personnelle très détaillée et la description d'autopsie très concluante d'une de ces hernies.

Quoique Parise ne prononçe pas le mot de hernie congénitale et n'invente pas l'épithète de *propéritonéale*, son cas est bien une hernie bilobée à sac supérieur propéritonéal, tel qu'on l'entend aujourd'hui et que nous l'avons défini plus haut. Il est aisé de s'en convaincre en se reportant à l'observation originale de Parise insérée il y a un peu plus d'un demi-siècle dans les *Mémoires de la Société de Chirurgie*, novembre 1850, T. II, 4e fascicule, p. 401. Et Parise, pour expliquer le mécanisme de formation, discute et

(1) Berger, in *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus. T. VI, p. 608-708.

rejette explicitement l'hypothèse du refoulement partiel du sac avec l'intestin, de la réduction en masse plus ou moins complète.

*
* *

Cependant Gosselin, dans le rapport qu'il consacre à ce même travail de Parise, examinant les modes possibles de formation de ces sacs herniaires intra-abdominaux, s'exprime ainsi :

« Ces faits pourraient se rapporter à un titre unique : » hernies avec sac intérieur. Ils sont de deux ordres. » Dans l'un, *la hernie intérieure est unique, c'est-à-dire* » *qu'il n'y a pas de sac externe concomitant*. Dans l'autre » le sac intérieur existe en même temps qu'un sac » extérieur, soit inguinal, soit crural. *Quand le sac* » *intérieur est unique*, et qu'il y a des symptômes » d'étranglement, tantôt le sac est rentré depuis peu » de temps ; c'est la réduction en masse, connue de » tout le monde. *Tantôt on observe les symptômes* » *d'étranglement sur un malade qui a eu autrefois une* » *hernie.... Il est vraisemblable que cette hernie avait* » *été réduite en masse, que l'intestin avait à cette époque* » *cessé d'y être étranglé par le collet, mais que plus tard,* » *l'intestin ayant continué à se porter dans la poche* » *intérieure, a fini par s'y étrangler de nouveau* » (1).

On dirait que les lignes soulignées ont été écrites en vue de notre observation actuelle, dans laquelle on peut très rationnellement concevoir comme suit la succession des phénomènes :

Vieille hernie inguinale, hernie ordinaire, non congénitale. — Autotaxis énergique, presque violent ; et obstiné, acharné, mal fait. — Le sac est décollé des adhérences cellulaires ambiantes et le collet de ses adhérences à l'anneau. — S'allongeant comme un gros cylindre sous l'effort des manœuvres de réduction, le paquet herniaire franchit, suivant une marche rétrograde de dehors en dedans, le canal inguinal dilaté et rentre en totalité (sac et viscères y contenus), dans le ventre, où il reprend sa forme sphéroïdale, s'insinuant et se creusant une loge dans le tissu cellulaire qui sépare le fascia transversalis du péritoine pariétal. La hernie est rentrée tout entière, sans laisser le moindre prolongement, dans le canal inguinal

Elle mériterait bien le nom de *pro*-péritonéale (2), cette hernie ainsi logée derrière la paroi abdominale, derrière le fascia transversalis, *en avant* du péritoine. Mais, cette dénomination de *propéritonéale* étant, je viens de le dire, couramment appliquée à une autre disposition anatomo-pathologique, pour ne pas créer de confusion de nomenclature, je l'appellerai hernie *antépéritonéale*. Cette hernie antépéritonéale peut rester, comme dans notre cas, médiane, située dans la région sus-pubienne, sus-vésicale ; d'autres fois elle s'inclinera vers la fosse iliaque et sera tout à fait latérale.

Dans cette hernie antépéritonéale, ou bien les viscères enfermés dans le sac ne sont pas trop étroitement serrés par le collet et y séjourneront sans qu'il y ait étranglement vrai ; à la façon de mainte hernie externe chroniquement irréductible où les viscères demeurent fixés, la circulation des matières stercorales et des gaz s'y faisant tant bien que mal, plutôt mal que bien, ainsi que l'indiquent les borborygmes et les coliques fréquentes dont souffrent ces vieux hernieux. Je croirais volontiers que c'est ce qui a eu lieu chez notre malade, sujet depuis la réduction à des coliques passagères. — Ou bien l'intestin contenu dans le sac antépéritonéal s'est dégagé du collet et est retombé, libéré, dans la grande cavité du péritoine. Alors le sac antépéritonéal vidé est resté là, aplati, mais offrant à un futur engagement des viscères l'amorce de son collet béant.

En effet, un beau jour, à propos d'un effort inconscient, les viscères s'y précipitent, comme ils peuvent se précipiter dans un orifice herniaire interne, dans la boutonnière rétro-sigmoïde, par exemple. Si le sac est resté plein, un supplément d'intestin, un morceau d'épiploon s'insinuent dans le collet et le surdistendent. De l'une ou l'autre façon, l'étranglement est constitué et les accidents vont se dérouler *usque ad mortem* si la chirurgie n'intervient pas.

Car aujourd'hui ces lésions peuvent être diagnostiquées par la laparotomie exploratrice et guéries opératoirement. Jadis elles aboutissaient fatalement à la mort et les observations qu'on en possédait étaient des constatations d'autopsie. Tenez, en voici une, citée par Gosselin dans son rapport, que je vais vous lire, en son texte quelque peu archaïque et avec ses imprécisions d'anatomie, parce que, sauf le dénouement, elle semble absolument calquée sur notre observation actuelle ; ou, si vous l'aimez mieux, notre observation paraît calquée sur elle :

(1) Mémoires de la Société de Chirurgie, novembre 1850. T. II, quatrième fascicule, p. 433, 434, 441.

(2) Au point de vue du purisme étymologique, c'est *pré* et non *pro* qu'il faudrait dire.

Observation Arnaud (1). — Un homme de cinquante ans était incommodé depuis plusieurs années d'une hernie inguinale. Il y a environ six mois qu'il trouva pour la première fois beaucoup de peine à la réduire. Il fit appeler un chirurgien qui la fit rentrer; il contraignit le malade à porter un bandage. Depuis ce temps-là la hernie ne reparut plus, mais le malade devint sujet à des coliques qui se passaient au moyen de quelques topiques chauds. Au mois de février dernier le malade fut attaqué d'une passion iliaque des plus violentes sans que la hernie, qui ne paraissait point, semblât y avoir donné occasion. On mit en usage sans succès tous les remèdes que la médecine pût suggérer, le malade mourut le huitième jour.

Nous observons par l'ouverture du cadavre que l'intestin n'était point étranglé par l'anneau. Nous fûmes tout surpris de trouver un sac formé par le péritoine, de la grosseur d'une belle pomme, dans lequel étaient engagés et fortement étranglés environ trois bons pouces de l'intestin iléum tout gangréné. Cette poche ou sac était placée derrière l'anneau de l'oblique externe; son fond s'inclinait du côté de la vessie et sa partie supérieure était adhérente à l'anneau.

En somme, Messieurs, notre observation d'aujourd'hui, comme la vieille observation d'Arnaud, est un fait de réduction en bloc d'une hernie inguinale ordinaire devenant, après la rentrée dans le ventre, une hernie antépéritonéale sans diverticule inguinal. Mais cette hernie réduite en masse, au lieu d'amener, — comme cela se passe dans la majorité des cas, comme cela s'est passé chez le malade dont je vous ai raconté l'histoire il y a trois semaines (2), — au lieu, dis-je, d'amener de graves accidents d'étranglement immédiats, reste silencieuse durant plusieurs mois et ne produit que tardivement les symptômes de l'occlusion par l'un des deux processus que j'ai esquissés plus haut. C'est encore un méfait du taxis ; un méfait à longue échéance.

Consultations Médico-Chirurgicales

Infection puerpérale généralisée

Professeur-agrégé M. Oui.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Très rapidement après l'accouchement, le plus souvent dans les deux premiers jours, parfois même, dans les premières vingt-quatre heures, une accouchée est prise d'un frisson intense, prolongé, suivi d'une forte élévation de température atteignant 40° et plus. L'état général est rapidement altéré. Le pouls est faible, petit, extrêmement fréquent, 120-130 pulsations à la minute. L'examen de l'appareil génital ne permet de constater aucune localisation péri-utérine.

Dans une première catégorie de cas, la température reste toujours très élevée, oscillant entre 39° et 40°, avec de faibles rémissions, il s'agit de septicémie. Cette situation peut se prolonger parfois plusieurs semaines (septicémie chronique). Ou bien, les rémissions n'existent pour ainsi dire point, la température s'élève rapidement de plus en plus (septicémie aiguë.)

Dans une seconde catégorie de faits, l'hyperthermie, d'abord modérée (37°5-38°), s'accuse considérablement vers le huitième ou dixième jour. Après un violent frisson, la température s'élève à 40°, 41°, puis tombe, au bout de quelques heures, presque à la normale. Au bout d'un temps variable, un nouveau frisson survient, suivi d'une nouvelle et considérable ascension de la température qui ne dure, comme la première, que quelques heures et se termine par une brusque défervescence. Au début, l'état général paraît peu affecté ; mais il ne tarde pas à s'altérer au bout de quelques jours, à mesure que les frissons se rapprochent. L'intermittence nette des phénomènes fébriles, une fois le diagnostic de paludisme écarté, caractérise la *pyohémie*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'agent pathogène de l'infection étant dans l'utérus, le nettoyage de l'utérus s'impose d'abord, de façon à enlever autant que possible les germes infectieux et à détruire le foyer d'infection. La seconde partie du traitement s'adressera à l'organisme pour lui permettre de lutter contre l'infection et l'aider à en venir à bout, si possible, et ce n'est guère possible que dans les septicémies chroniques.

TRAITEMENT. — Le premier à appliquer et le plus important est le traitement chirurgical. Le secours à apporter à l'organisme dans sa défense, quoique aussi important, n'est pas aussi urgent.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le traitement chirurgical n'a et ne peut avoir d'autre but que de nettoyer l'utérus.

Nettoyage de l'utérus. — Pour le nettoyage de l'utérus, comme nous l'avons déjà dit, on tentera le **curage digital, injections intra-utérines**, le **curettage** répété, au besoin, à deux reprises.

Si ce traitement ne donne pas de résultats, il est inutile de le continuer. Les interventions intra-utérines ne peuvent plus être utiles contre une infection qui a dépassé les limites de l'organe. Elles peuvent être nuisibles en déterminant des inoculations nouvelles qui agissent comme renforts de l'infection déjà existante.

(1) Arnaud, d'après Vacher. *Traité des Hernies*, T. II, p. 56.
(2) Voir l'*Écho Médical* du 31 mai 1903.

L'hystérectomie n'est pas plus invoquée. Elle constitue, en effet, une opération grave pour une femme déjà très affaiblie, et elle est impuissante contre l'infection générale de l'organisme.

Il ne reste donc plus qu'à fortifier les moyens de défense de l'organisme.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Il s'adresse dans le but d'organiser la lutte contre l'infection, à l'alimentation, aux antiseptiques, aux antithermiques, aux diurétiques.

Alimentation. — C'est le **lait** qui formera la base du régime alimentaire. Très bon aliment, d'une digestion généralement facile, il a en outre l'avantage de faciliter la diurèse, c'est-à-dire l'élimination des toxines microbiennes. On y joindra les œufs, le bouillon, la viande râpée, accompagnés de vin vieux ou d'un peu de champagne.

Antiseptiques généraux. — Le meilleur de tous est la quinine : mais elle n'a d'action que si elle est employée à forte dose. On usera soit du **sulfate de quinine** (1 gramme par jour), soit du **chlorhydrate** (0,75 centigrammes quotidiennement).

Bien que, en ce qui concerne l'infection puerpérale, le **sérum antistreptococcique** n'ait pas donné les résultats que ses débuts avaient pu faire espérer, on peut, toutefois, y avoir recours, car son emploi ne présente pas de dangers. On ne doit, cependant, compter sur un résultat, dans les cas favorables, qu'en l'employant à la dose quotidienne de 20 à 30 cm. cubes.

Antiseptiques intestinaux. — Dans le cas, assez fréquent, de diarrhée fétide, administrez du **benzo-naphtol**, à la dose de 2 à 3 grammes par jour par cachets de 0,50 centigrammes.

Antithermiques. — Les antithermiques rendent de très utiles services. L'abaissement de la température, même s'il est de courte durée, ménage les forces de la malade et la place dans de meilleures conditions pour la lutte.

α) Parmi les antithermiques chimiques, **il y a lieu de se défier de l'antipyrine** à cause de son action fâcheuse sur le fonctionnement du rein. Mieux vaut employer la **cryogénine**, qui sera administrée en cachets à la dose de 0,50 centigrammes à un gramme par jour. Mais, partout où cela sera possible, **il est préférable de s'adresser aux antithermiques physiques.**

β) Les **bains froids** rendront, à ce point de vue, de très grands services. Ils seront donnés, tout d'abord, à une température de 30 degrés qui sera abaissée à 28°, 26°, 24° pendant la durée du bain (10 à 12 minutes).

Les bains seront plus ou moins fréquents selon le degré de l'hyperthermie. Donnés toutes les trois heures si la température se maintient aux environs de 40°, ils seront espacés toutes les quatre, cinq ou six heures, si la température s'abaisse. Quand la température oscille entre 38° et 38°5, les bains seront complètement supprimés.

A défaut des bains qu'il n'est point possible de donner dans tous les milieux, et qui sont contre-indiqués dans les cas de phlébite, de myocardite ou de péritonite, on aura recours aux enveloppements froids dans le **drap mouillé**, méthode moins énergique, mais encore fort utile.

Dans les formes adynamiques, les grandes **affusions froides** avec l'éponge stimulent la malade et lui procurent un bien-être fort appréciable.

Diurétiques. — Le **lait**, qui doit entrer en assez grande quantité dans l'alimentation, est le meilleur des diurétiques et on doit s'y tenir si la malade urine suffisamment.

Dans le cas où l'urine n'est émise qu'en faible quantité, on peut avoir recours aux injections de **sérum artificiel** (solution de chlorure de sodium à 7 pour mille). Il ne faut pas, cependant, abuser de ces injections. Une dose de 300 à 400 centimètres cubes par jour est suffisante.

Abcès de fixation. — On peut, enfin, sans fonder sur leur efficacité de bien grands espoirs, avoir recours aux **abcès de fixation** de Fochier (de Lyon), provoqués en injectant sous la peau du flanc ou de la face externe de la cuisse, un ou deux centimètres cubes d'essence de térébenthine. Si l'abcès se forme, il faut attendre, pour l'inciser, qu'il soit devenu assez volumineux et presque sur le point de s'ouvrir spontanément. Cette méthode, dont les effets sont très incertains, sera réservée aux cas de grande gravité, pour ne pas priver la malade des chances heureuses qu'elle peut lui apporter.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des bases d'appréciation des honoraires médicaux

Nul n'ignore que, même en l'absence de conventions expresses, la loi reconnaît aux médecins le droit de réclamer la rémunération des soins qu'ils ont donnés. Mais si, d'ordinaire, le client ne conteste pas le principe de ce droit, il arrive souvent qu'il conteste le chiffre de la rémunération demandée, le chiffre des honoraires réclamés. Et la difficulté doit être portée devant les tribunaux, lesquels ont un plein pouvoir d'appréciation pour fixer définitivement le montant des honoraires. Les décisions des tribunaux à cet égard sont naturellement très variables, suivant les circonstances de chaque « espèce ». Pourtant elles se rattachent de plus en plus uniformément à certaines règles théoriques communément acceptées.

Quelles sont ces règles ? Dans son *Code pratique des honoraires médicaux*, p. 538, le docteur Floquet les indique de la manière suivante : « Les tribunaux doivent proportionner

le chiffre des honoraires à la gravité de la maladie ou de l'opération, à la situation de fortune et à la qualité du malade, au rang plus ou moins distingué qu'occupe le médecin dans le corps médical, à la distance à parcourir pour se rendre auprès de celui qui a besoin de ses soins, au nombre des visites ; apprécier si ces visites ont été faites pendant le jour ou pendant la nuit ; tenir compte des usages généralement reçus et prendre enfin en considération les relations antérieures, quant à la fixation d'autres honoraires, que le médecin a pu avoir, soit avec le même malade, soit avec sa famille. »

Tels sont, en effet, les éléments principaux que les juges prennent d'ordinaire comme bases de leur appréciation des honoraires médicaux. Nous voudrions, en signalant quelques décisions judiciaires récentes, montrer que la jurisprudence n'est pas encore parfaitement établie sur ce point, et que des divergences parfois assez notables continuent à se produire entre les tribunaux.

Dans un jugement du 31 octobre 1900 (La *Loi*, du 2 novembre 1900), le juge de paix du XIe arrondissement de Paris, faisant siennes les idées émises par le docteur FLOQUET, dont il reproduit même presque textuellement les expressions, alloue à un médecin le chiffre intégral des honoraires (120 fr.) réclamés par ce dernier. Il invoquait particulièrement les considérations suivantes :

« Attendu, au surplus, qu'il est d'usage que toutes les applications d'instruments spéciaux, tous les faits de la pratique médicale qui rentrent dans ce qu'on appelle les « opérations de petite chirurgie », donnent lieu à des honoraires plus élevés ;

Attendu, dans l'espèce, que si, au premier abord, le tarif du docteur F... paraît supérieur à celui qui est le plus généralement admis dans le XIe arrondissement, il échet de prendre en considération : 1° Le nombre des heures passées au chevet de la malade ; 2° La situation de fortune du sieur Aubert qui, d'ailleurs, n'était pas le client habituel du demandeur et qui a dû être très heureux de le trouver dans un cas urgent, au milieu de la nuit ; 3° Le caractère essentiellement délicat et difficile de la maladie, attesté par le docteur LABORDE, chargé de l'expertise ;

Attendu qu'il est acquis aux débats que l'état de la dame A... a nécessité un examen au spéculum ; que, d'autre part, le docteur F..., dont l'honorabilité ne saurait être suspectée, soutient qu'après sa première visite de nuit, dont la durée a été de trois heures, il a dû se livrer à des recherches spéciales et à un travail de cabinet supplémentaire pour étudier à fond la maladie qu'il était appelé à traiter ;

Attendu qu'il suit des diverses considérations ci-dessus déduites que la réclamation du requérant n'est point excessive et doit être accueillie. »

En 1901, c'était la 3e chambre du tribunal civil de la Seine qui était saisie, par le docteur AUDIGÉ, d'une demande en payement de 40.000 fr., dirigé contre le Musée social, en qualité de légataire universel du Comte de Chambrun, pour soins donnés, tant à ce dernier, qu'aux personnes à son service et à sa famille. La demande fut repoussée pour des raisons qu'il serait trop long de reproduire ici, et qui n'ont, du reste, aucun rapport avec la question que nous examinons. Mais dans son jugement du 28 novembre 1901 (La *Loi*, du 29 janvier 1902), le tribunal de la Seine affirmait que, « Si la loi n'a pas fixé, et elle ne pouvait le faire, le tarif des visites et soins dont les médecins peuvent réclamer judiciairement payement, le montant de la réclamation doit être proportionné à l'importance du traitement, au nombre des visites et à la fortune du malade. »

Quelque temps après, le tribunal de Valence avait à fixer le chiffre des honoraires dus au docteur ROCHEBLAVE pour une opération de basiotripsie. Par jugement du 27 décembre 1901 (La *Loi*, du 21 janvier 1902), le tribunal, sur une demande de 1.500 fr., prononça une condamnation à 1.000 fr., en invoquant tout à la fois des considérations générales et des considérations spéciales à l'espèce. Considérations générales : Les honoraires dus au médecin ne peuvent se fixer d'après des règles uniformes, mais il se crée, entre le médecin et le client, dès qu'il fait appel à son intervention, un contrat tacite qui oblige ce dernier a régler sa rétribution suivant l'usage des clients ; en dehors de ce premier élément d'appréciation, il en existe d'autres qui dérivent de la gravité de la maladie, du danger que le traitement peut faire courir au malade, de l'étude qu'elle exige, des moyens qu'il faut déployer pour la combattre, du résultat du traitement et enfin de la situation de fortune du client. — Considérations spéciales : L'opération dite basiotripsie est présentée comme l'une des plus délicates et des plus difficiles de l'art obstétrical ; et, en l'espèce, elle avait pleinement réussi.

Il est vrai que les clients du docteur ROCHEBLAVE ne contestaient pas la réalité des faits, mais ils refusaient toute rétribution en alléguant que le demandeur avait commis une faute lourde, en ce que, par ses agissements au moins imprudents, il avait, sans nécessité et contre toutes les règles de son art, pratiqué une opération qui avait occasionné la mort de leur premier enfant et exposé la mère elle-même à de graves dangers. Aussi concluaient-ils à une expertise médicale, prétendant contraindre le docteur ROCHEBLAVE à comparaître devant les experts pour leur fournir ses explications.

Mais le tribunal reconnut le droit du médecin de refuser son concours à toute mesure d'instruction et rejeta la demande d'expertise comme inopérante. « Attendu qu'il résulte de l'opinion des plus éminents praticiens de l'art obstétrical que, pour apprécier l'opportunité de l'opération dite basiotripsie, il est indispensable de connaître le rapport qui existe entre les dimensions du bassin et celles du fœtus ;

Attendu que, dans l'expertise sollicitée, l'un des moyens

de ces éléments indispensables pour établir cette relation fait défaut, et que l'on n'offre même pas de soumettre l'autre élément à l'examen des experts. » Le tribunal repoussait en même temps l'allégation de faute lourde imputée au docteur ROCHEBLAVE, « Attendu que l'opération pratiquée par lui avait eu lieu en présence de deux de ses collègues dont un au moins, d'un commun accord avec l'opérateur, en avait reconnu la nécessité ; et qu'il n'était pas dénié en outre que l'opération avait eu lieu avec l'assentiment de la famille de l'opérée. »

Voici, enfin, un jugement rendu par le tribunal civil de Reims, le 16 janvier 1903. Nous le rapportons dans son entier en raison de l'intérêt pratique que peuvent présenter son argumentation et sa décision.

Le Tribunal : Attendu que le sieur Piquet a conduit son fils à la clinique du docteur ROUSSEL où il a subi une opération chirurgicale ; — Attendu qu'il a payé les frais de clinique, mais que le docteur ROUSSEL lui réclame : 1° 500 francs pour honoraires de l'opération ; 2° 30 francs pour pansements postérieurs ;

Attendu que Piquet prétend que cette réclamation est excessive et qu'il offre seulement une somme de 100 francs pour ces deux causes ;

Attendu qu'il allègue d'abord, qu'en fait sa situation de fortune est extrêmement modeste, et qu'en droit les honoraires des médecins doivent être proportionnés aux moyens de celui qui les doit ;

Attendu que, bien que cette théorie ait été admise par certaines décisions de justice, le tribunal ne saurait se l'approprier, la jugeant sans fondement rationnel, du moins dans sa généralité, et abstraction faite de toute idée de convention tacite pouvant résulter des circonstances ;

Attendu que les honoraires d'une opération chirurgicale, à défaut de convention expresse ou tacite, doivent être fixés en raison de deux éléments : 1° l'habileté du médecin, présumée d'après sa notoriété ; 2° la difficulté de l'opération ;

Attendu que le docteur ROUSSEL soutient qu'il ne réclame à Piquet que le minimum de ses prix habituels ; que Piquet, par cela seul qu'il s'est adressé à lui, doit être réputé les avoir acceptés d'avance ;

Mais attendu que si les soins de ce médecin sont connus pour être dispendieux, il ne résulte d'aucun document de la cause qu'il ne fasse jamais une opération, si légère soit-elle, à moins de 500 francs, encore moins que ce fait soit de notoriété publique ;

Attendu qu'il lui appartiendrait, en sa qualité de demandeur, d'établir que la nature de l'opération justifie une rémunération aussi élevée ;

Attendu que le tribunal n'a pas sur ce point de renseignements précis ;

Attendu qu'il est seulement constant que le jeune Piquet avait à la fosse iliaque droite un abcès qu'il a fallu percer pour assurer l'écoulement du pus ;

Attendu que, dans cet état des faits, le tribunal croit tenir un compte suffisant de l'habileté particulière que font présumer chez l'opérateur la notoriété locale et ses prix habituels, en fixant à 220 francs la rémunération d'une opération qui, exécutée par un autre moins réputé, eût sans doute été payée beaucoup moins cher ;

Attendu qu'il convient d'ajouter à cette somme celle de 30 francs réclamés pour soins postérieurs ; que Piquet est donc débiteur du docteur ROUSSEL d'une somme totale de 250 francs ;

Attendu qu'il ne paraît pas en mesure de l'acquitter en un seul versement, et que s'il fait preuve de bonne volonté, il convient de l'autoriser à se libérer par acomptes ;

Par ces motifs : condamne Piquet à payer au docteur ROUSSEL la somme de 250 francs avec intérêts de droit pour les causes susénoncées ; dit que, sur le montant de cette condamnation, la somme de 100 francs est immédiatement exigible ; autorise Piquet à se libérer du surplus par acomptes mensuels de 30 francs.

On aura remarqué que, sur un point, le tribunal de Reims a nettement répudié l'opinion généralement admise. D'après lui, la position de fortune du débiteur ne serait pas, au moins en principe, l'un de ces éléments qui, avec la notoriété du médecin et la gravité de la maladie, doivent être pris en considération par les juges pour fixer les honoraires médicaux.

J. JACQUEY,
Professeur à la Faculté de Droit
de l'Université de Lille.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les bourses de doctorat

Le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 27 octobre 1903.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Art. 4. — Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie.

b) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine ;

b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Distinctions Honorifiques

M. De Vernejoul, médecin-major de 2e classe, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Boisseau, inspecteur-général du Service de Santé militaire ; Lemaistre, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, correspondant de l'Académie de médecine.

OUVRAGES REÇUS

— **L'eau d'Evian, ce qu'on dit, ce qu'elle fait; rapide absorption, rapide circulation, raide élimination; indication et contre-indication**, par le docteur F. Chiais, d'Evian-les-Bains, Paris, Baillière, 1903.

— **L'administration intestinale des médicaments**, par le docteur S. Bernheim, Maloine, Paris, 1903.

— **Rapport médical pour l'année 1902 sur l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares**, Rouen, Cagniard, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

38e Semaine, du 13 au 19 Septembre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	8
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	8	4
40 à 60 ans	4	7
60 à 80 ans	7	5
80 ans et au-dessus	2	2
Total	39	37

Répartition des décès par quartier — CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	3	8	15	18	9	6	9	7	21	2	7	105
TOTAL des DÉCÈS	3	5	7	20	4	10	5	3	16	1	2	76
Autres causes de décès	»	1	4	6	»	3	3	1	3	»	»	21
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	2	»	»	»	»	3	»	»	5
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Phtisie pulmonaire	»	1	1	2	2	1	»	»	4	»	1	12
Diarrhée et entérite, plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 2 ans	2	1	1	7	1	2	2	1	3	1	1	22
Maladies organiques du cœur	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	3
Apoplexie cérébrale	»	»	1	1	»	2	»	»	1	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	3
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

N° 351. Septième Année. N° 40. Le Numéro : **10** centimes 4 Octobre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le bleu de méthylène dans les diarrhées

par MM. le professeur **Combemale** et **Maguin**, externe des hôpitaux.

Dans une communication à la Société de thérapeutique, séance du 27 mai 1903, M. L. RÉNON annonçait qu'il avait expérimenté le bleu de méthylène chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée incoercible, et que dans les quatre cinquièmes des cas, il en avait obtenu des résultats très favorables. Les selles diminuaient très rapidement de fréquence, leur nombre tombant de quinze ou vingt à cinq ou six dès le premier jour ; au bout de trois jours, on observait souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant même remplacer la diarrhée.

La diarrhée des tuberculeux, celle qui dépend d'ulcérations intestinales, est particulièrement rebelle, nul ne l'ignore, aux efforts de la thérapeutique ; le nombre des agents médicamenteux, à effets topiques, astringents, anosmotiques, que le médecin a à sa disposition contre cette diarrhée est considérable ; et cependant le praticien, dans certaines diarrhées interminables, en arrive parfois à épuiser toutes les armes de son arsenal thérapeutique sans parvenir à en triompher. Fallait-il voir dans le bleu de méthylène, que signalait ainsi M. RÉNON à l'attention des praticiens, un médicament, sans plus, à ajouter à cette liste déjà longue ? ou bien le bleu de méthylène méritait-il une place d'honneur dans le traitement de l'entérite tuberculeuse ?

M. RÉNON, en s'efforçant d'expliquer ces effets du bleu de méthylène par son action antiseptique, émettait déjà une idée éminemment suggestive. Dans la dysentérie (1) et dans l'entérite muco-membraneuse en effet, les lavages de bleu de méthylène n'ont-ils pas donné des succès ? M. RÉNON n'affirme-t-il pas, d'autre part, qu'il a vu dans la dothiénentérie des doses de bleu de méthylène de 10 centigr. abaisser la température de quelques dixièmes de degré ? Rapprochant ces points de ce fait, qu'aux autopsies des tuberculeux à qui le bleu avait été donné, les ulcérations intestinales apparaissaient non point cicatrisées, mais moins tomenteuses toutefois et moins irrégulières que d'habitude, la conclusion ne pouvait-elle pas être que ce médicament tarit la diarrhée tuberculeuse, parce qu'il s'oppose au développement des agents d'infection secondaire ?

L'explication nous paraissant plausible, en ce qui nous concerne nous avons voulu voir d'abord clini-

(1) BERTHIER. — Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène, *Echo médical du Nord*, 1900, p. 467.

quement quels résultats donnerait l'administration du bleu de méthylène chez des tuberculeux diarrhéiques par entérite. Ce contrôle devait avoir toujours l'intérêt de fixer le point de pratique, en attendant de mettre la théorie d'accord avec elle.

Comme M. Rénon, nous avons donné le bleu de méthylène par la bouche en cachets, suivant la formule :

Bleu de méthylène. . .	0 gr. 15
Lactose.	0 gr. 60

Nous avons été rapidement fixés sur la valeur du médicament dans les cas visés spécialement par M. Rénon.

Del..., Emile, âgé de 29 ans, était un phtisique à la dernière période ; depuis un mois il avait une diarrhée abondante, épuisante, qu'on ne parvenait pas à arrêter. Deux jours avant sa mort, in extremis par conséquent, le bleu de méthylène lui est administré, à raison de deux des cachets ci-dessus. Le chiffre des selles diminua dans les premières vingt-quatre heures de plus de moitié. On répéta les prises de bleu et l'effet se poursuivait, raréfiant les selles, quand le malade succomba à sa cachexie.

Une ménagère de 49 ans, du nom de Bo... Anne, avait depuis près de six mois, parfois avec melœna, une diarrhée horriblement fétide ; le nombre des selles s'élevait à six environ par jour ; vierge de toute médication à son entrée, cette malade fut soumise aux astringents ; on avait beau les varier, les résultats étaient nuls. Elle toussait et elle se cachectisait de de plus en plus. La tuberculose des poumons n'était pas contestable, après avoir primitivement frappé les intestins. On fait succéder le 11 juin 1903 le bleu de méthylène aux astringents ; deux cachets sont sans effet le premier jour ; mais les jours suivants, les doses de bleu restant les mêmes, le nombre des selles diminue, décroît ; huit jours après, elle n'avait qu'une selle quotidienne, et encore cette selle était-elle moulée. L'alimentation, qui n'avait consisté depuis près d'un mois qu'en lait, fut reprise avec prudence ; mais l'impatience de la malade gâta tout ; le bleu supprimé, elle mangea tant que la diarrhée revint avec une intensité telle qu'elle simula une attaque de choléra nostras qui faillit l'emporter, et fut suivie d'une entérorrhagie notable. Nous reprîmes le bleu, et de nouveau le nombre des selles fut diminué, sans toutefois parvenir à leur faire perdre leur caractère de liquidité.

Ces deux cas de diarrhée par entérite tuberculeuse, — nous pourrions en reproduire d'autres dont l'observation n'a pas été consignée spécialement, — nous montrèrent d'emblée quel secours on peut attendre du bleu de méthylène. L'action est réelle, on ne pouvait avoir affaire à des cas plus confirmés et plus sérieux pour établir ce point en conformité des opinions de M. Rénon, l'efficacité est certaine ; on peut compter sur le bleu.

Mais nous fûmes sollicités sans désemparer par une autre question.

Y a-t-il lieu de généraliser cet emploi du bleu de méthylène ? et d'autres diarrhées que celles de l'entérite tuberculeuse en tireraient-elles bénéfice ? Cette question, nous nous hâtons de le dire, ne peut trouver une réponse définitive dans les rares faits cliniques qu'il nous reste à exposer. Toutefois, les succès thérapeutiques que nous relatons ci-après permettent d'entrevoir que le bleu de méthylène, après avoir été délaissé par les auteurs, se ménage peut-être une petite rentrée sensationnelle dans la thérapeutique. La sévère appréciation d'Arnozan (1) ne serait-elle pas trop humouristique, que « il a guéri au rapport de ses initiateurs presque toutes les maladies au traitement desquelles on a bien voulu l'employer et qu'il a servi au diagnostic de quelques autres qu'il a peut-être aggravées, » et que « il offre un bel exemple des enthousiasmes irréfléchis avec lesquels on accueille les innovations et de l'influence que les vives couleurs peuvent exercer par suggestion sur les malades et même sur les médecins ? » Après avoir été passagèrement analgésique, puis antipaludéen, après avoir enfin amélioré les albuminuries, deviendrait-il et resterait-il un antiseptique local seulement ? La diphtérie, les suppurations de l'oreille (2), les épithéliomes inopérables, les conjonctivites ont en effet été améliorés par des attouchements directs de bleu de méthylène ; peu de praticiens l'ignorent.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, voici les faits de diarrhée rapidement arrêtés avec le bleu que nous avons observé et que nous livrons à la méditation de nos confrères.

Un addisonien de 26 ans, qui a fait plusieurs séjours dans les salles, s'y présente une dernière fois, émacié,

(1) Arnozan. Précis de thérapeutique, t. i, p. 257.

(2) Gaudier. Emploi du bleu de méthylène dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques, *Echo médical du Nord*, 1901, p. 483.

asthénique au dernier degré. Il porte des lésions tuberculeuses au sommet des poumons, mais son tube digestif fonctionne bien pour l'instant ; au contraire de diarrhée, il reste cinq jours sans se présenter à la selle, puis brusquement, sans écart alimentaire, il a, pendant deux jours, sept et huit selles liquides, qui le cachectisent très rapidement. Au bout de ce temps, on donne en six heures trois cachets de bleu de méthylène. Une fois le second cachet avalé, il y a une dernière selle, et la constipation recommence. Quelques jours après ce malade mourait subitement, et l'on pouvait à l'autopsie constater qu'il n'existait pas d'entérite tuberculeuse.

Un autre addisonien de 40 ans environ, est à l'hôpital depuis trois mois, asthénié en permanence, à peu près constamment aussi diarrhéique. Laudanum, bismuth, tanin, ne tarissent la diarrhée que tant qu'ils sont employés ; on essaie timidement du bleu de méthylène, sans confiance. Le malade s'en dit satisfait d'abord ; bientôt il en réclame, et pendant dix jours en prend un cachet. Au bout de ce temps, le flux intestinal était tari et resta tari plusieurs semaines ; un retour offensif fut rapidement réprimé. Le malade chante les louanges du bleu.

Comment chez ces addisoniens avait agi le bleu de méthylène? Comment a-t-il agi aussi dans le fait suivant ?

Un malheureux commissionnaire public est admis à l'hôpital pour une hémoptysie du début de la tuberculose, médiocrement abondante ; en même temps qu'il crache du sang, il présente une diarrhée fréquente, qui a du reste précédé son hémoptysie fébrile ; dix fois environ dans les vingt-quatre heures il va à la garde-robe. Un cachet de bleu de méthylène lui est administré, et ce seul cachet suffit à réduire à quatre selles la fréquence de sa diarrhée. On ne croit pas devoir renouveler la prise de bleu, et graduellement la diarrhée cesse, en même temps que se calme l'hémoptysie.

Ecartons la suggestion, — on l'admettra malaisément chez un hémoptoïque et des addisoniens — pour expliquer le rôle joué par le bleu de méthylène ; ces diarrhées, nerveuses ou infectieuses, n'en ont pas moins été très rapidement soulagées, comme si le bleu agissait par catalyse, par sa seule présence. Nous avouons sans détour préférer à cette explication d'ordre quasi-philosophique, celle que suggère M. Rénon, que le bleu s'oppose au développement des agents d'infection secondaire. Au reste, la dernière observation que voici ne témoigne pas dans un sens différent.

Un jeune tapissier de 18 ans fait une fièvre typhoïde ; il en est au dixième jour quand il entre à l'hôpital, le pouls à 84, dicrote, la température à 39°4, des taches rosées sur l'abdomen, le facies pâle et caractéristique; le séro-diagnostic est positif du reste. La diarrhée qu'il présente est excessivement abondante; vingt fois, quarante fois même il va sur le vase ; un purgatif salin ne modère point le flux intestinal le jour suivant. Les boissons abondantes qu'on lui fait prendre entretiennent peut-être cette diarrhée. Quoi qu'il en soit, comme l'indication est de s'opposer à la fréquence des selles, nous faisons prendre un cachet de bleu de méthylène. L'effet ne se fait point attendre : dix selles seulement dans le nycthémère qui suit. On double la dose : deux cachets sont pris ; à la suite de quoi, deux selles seulement le jour suivant. En quarante-huit heures, le nombre des selles était tombé de quarante à deux.

Cet exemple est aussi typique que ceux que M. Rénon a donnés pour les entérites tuberculeuses ; en trois jours, le diarrhéique devient presque un constipé.

Non moins intéressant est le fait suivant, que nous rapportons sans essai d'explication, en le plaçant ici simplement, parce que nous nous occupons du bleu de méthylène.

Un jeune typographe de 17 ans présente une paralysie du muscle droit supérieur de l'œil gauche et un tremblement des deux membres supérieurs ; comme on se demande si ces symptômes doivent être attribués à l'hystérie ou à la dégénérescence mentale, on lui donne du bleu de méthylène, à titre de sédatif nerveux. Tremblement et paralysie oculaire ne sont point modifiés, mais il survient une constipation telle, qu'on est obligé, quelques jours après, d'administrer un purgatif.

Que conclure? Ne concluons pas que le bleu de méthylène vaut pour toutes les diarrhées ; mais souvenons-nous que les diarrhées infectieuses par microbes banaux peuvent être améliorées par ce moyen ; et laissons au temps et à l'expérience clinique le soin de préciser les conditions particulières favorables pour obtenir de ce médicament, dont les avatars sont nombreux, l'effet qu'on lui soupçonne aujourd'hui.

Les légers inconvénients du bleu de méthylène, saveur styptique, coloration des urines, etc., connus

de tous les praticiens, ne sont pas contre-indications valables ; aussi nous ne les signalons que pour mémoire.

L'ankylostomasie en France (1)

par M. le docteur **Breton**, attaché à l'Institut Pasteur de Lille

Des projets de réglementation concernant l'ankylostomasie ont été élaborés dans tous les pays où cette maladie s'est manifestée. Contrairement à toute attente, nous nous sommes complètement désintéressés en France, de l'évolution d'une endémie dont le développement pouvait menacer notre vitalité commerciale. Soit bénignité des cas ou faible expansion apparente de l'ankylostomasie, soit plutôt indifférence des administrations dirigeantes, les conseils d'hygiène n'ont jamais été saisis de la question et, par suite, n'ont pas cru devoir intervenir. Il s'en est suivi un désintéressement absolu vis-à-vis de la maladie, que nous ne saurions encourager, car il nous expose à négliger un des points les plus intéressants de l'hygiène industrielle et professionnelle, à favoriser même le développement d'une endémie redoutable. Il est donc urgent d'entreprendre contre la maladie une lutte à laquelle les intéressés plus que tous autres doivent contribuer.

Historique. — L'étude de l'ankylostomasie en France est de date relativement récente. L'historique de l'évolution de la maladie comporte trois périodes : dans l'une, le parasite est ignoré ; dans l'autre, il est signalé, mais son importance est méconnue ; enfin, dans ces dernières années, l'ankylostomasie forme une entité morbide et devient la cause évidente de l'anémie des mineurs.

La première période commence en 1802. On cherche à cette époque la nature d'une épidémie sévissant à Anzin parmi les mineurs et à laquelle Hallé a donné le nom d'anémie, La symptomatologie de l'affection offre une grande similitude avec l'évolution clinique de l'ankylostomasie dont la parenté est inconnue. Caudron en cherche la cause dans le défaut de ventilation des galeries. Il édicte des mesures prophylactiques s'adressant à ce seul facteur, mesures dont nous retrouvons le texte dans le dictionnaire de Chomel. Plus tard, Paul Lorain attribue l'anémie des mineurs à un empoisonnement par les gaz délétères Il adopte l'opinion de Boens-Boisseau et incrimine les travaux excessifs, la privation d'air parfaitement respirable, de soleil et de lumière. Enfin, en 1875, le mauvais état sanitaire de la population houillère du bassin de la Loire éveille l'attention de la société de médecine de ce département. Un concours est institué et le mémoire de Manouvriez est couronné. « Je considère la maladie, dit-il, comme une intoxication » par absorption pulmonaire, cutanée et gastro-intestinale des vapeurs de divers dérivés de la houille, » produits de la distillation et de la combustion lente » de la houille, exposée au contact de l'air, qui se » dégagent dans l'atmosphère confinée des mines » pendant l'extraction. Parmi ces dérivés, les hydro- » carbures les plus volatils paraissent jouer le prin- » cipal rôle dans la production de la maladie. »

Fabre et Guinard, Riembault de Saint-Étienne insistent aussi sur le confinement de l'atmosphère dans les galeries en cul-de-sac, sur la désoxygénation de l'air par la houille, d'où l'anoxhémie des mineurs. Jusqu'ici donc l'origine ankylostomasique d'une anémie des mineurs est incontestablement méconnue.

Cependant, les travaux de Dubini, parus en 1838, ont éveillé l'attention de quelques auteurs. Van Beneden et Gervais, Moquin-Tandon, ont étudié l'invasion de l'ankylostomasie dans les pays avoisinants, sans toutefois en rechercher la propagation possible en France. Plus tard, Grenet et Monestier, Delioux de Savignac, ont signalé l'existence du parasite dans nos colonies. Enfin, les recherches d'Immermann, de Baumler, de Bugnion, précèdent celles de Perroncito qui, le premier, reconnaît la nature parasitaire de l'anémie des mineurs de Saint-Étienne et en fait le sujet d'une communication à l'Académie des Sciences (1882). Sur ses indications, Trossat et Traud présentent à la Société de médecine de Saint-Étienne un mémoire sur le rôle étiologique de l'ankylostome duodénal dans l'anémie des mineurs. Ils font du parasite le grand facteur étiologique de l'anémie, mais non la cause absolue. Trossat étend ses recherches à tout le bassin de Saint-Etienne, en même temps que Manouvriez, Lesage, Pouchet et Dransart signalent la présence du parasite dans le bassin houiller du Nord. Ces auteurs ne nient pas que l'helminthiase ankylostomasique puisse engendrer de véritables épidémies d'anémie chez les mineurs, mais ils lui font jouer un rôle secondaire dans les causes de l'anémie.

C'est alors que les observations de Mayer, en

(1) Rapport au XVe Congrès d'hygiène et de démographie de Bruxelles.

Allemagne, de Masius et Francotte, de Firket, en Belgique, stimulent le zèle des médecins français. Fabre révèle la présence du parasite dans les milieux houillers de l'Allier. Jouannet et Florain, Drivon, recherchent l'ankylostomasie à Saint-Foy l'Argentières.

Contrairement à l'opinion de Rochard, Courtois-Suffit est absolu au sujet des méfaits attribués à l'ankylostome. Puis Blanchard, aux mines de Schemnitz, Joannes Chatin étudient la biologie du parasite. A ce moment paraissent en Allemagne les excellents travaux de Loos et de Leichtenstern ; en Italie, de Previteria ; en Belgique, de Van Ermengen, de Lagage, Kuborn, Herman, Malvoz, Lambinet et, cette même année, le rapport de M. Barbier.

Ces différents auteurs traitent successivement de la vitalité du parasite, de ses moyens de protection vis-à-vis des milieux organiques et inorganiques, et surtout de l'hygiène du mineur et de la mine. Ces travaux trouvent leur écho en France et les décisions du Congrès belge rencontrent en M. Duclaux un critique savant, reconnaissant aussi des raisons qui les ont inspirées. Nous aurons terminé la liste des auteurs ayant étudié un des points de l'histoire scientifique et du développement de l'ankylostome, lorsque nous aurons rappelé l'étude prophylactique de Vaucleroy et la courte bibliographie de M. Cottet. J'ajoute que ces travaux ont toujours émané d'une autorité privée et que les appels hygiéniques et prophylactiques qu'ils contenaient n'ont pas été entendus de la masse. Cependant, l'épidémie était déclarée, des tentatives de répression étaient justifiées et rien n'a été fait. Nous allons voir, cependant, que l'ankylostômasie n'a pas disparu et qu'elle existe toujours à l'état latent en France.

Répartition géographique. — L'étude de la répartition géographique de l'ankylostomasie, en France, a nécessité une enquête mi-partie officielle, mi-partie officieuse Nous avons eu recours à l'envoi d'un questionnaire semblable à celui que nous avions vu distribuer dans la province de Liège. Nous nous enquérions du nombre de puits exploités par la Compagnie, de leur profondeur, du mode d'extraction du charbon, de l'aération de la mine, du nombre d'ouvriers employés au fond et à la surface, de l'apparition possible de l'ankylostomasie, des ouvriers atteints, des mesures hygiéniques prises habituellement en vue d'une contamination, des mesures hygiéniques qu'il conviendrait de prendre, de l'avis des médecins, pour éviter ou supprimer l'ankylostomasie. Puis nous avons écrit à de nombreux confrères, leur demandant des échantillons de matière suspecte, échantillons dont l'analyse était faite au laboratoire, ou sollicitant le concours de leurs observations personnelles. Chose curieuse, il n'y avait pas de concordance entre les deux enquêtes. Les résultats provenant des administrations intéressées étaient en général négatifs, alors que, d'autre part, on nous signalait des cas récents ou peu anciens, dans les mêmes fosses, supposées respectées. Nous n'avons pas été surpris de cette diversité de résultats. C'est que notre enquête, pour être exacte, eût exigé de la part des directions une série de recherches basées sur des analyses dont le nombre eût été proportionné à la densité de la population ; c'est que l'ankylostomasie est une maladie dont les manifestations peuvent être peu apparentes, cataloguées sous un titre spécial et par conséquent ignorées ; c'est que surtout, depuis le jour où une enquête très incomplète, nécessitée par les mesures prises dans la province de Liège, a montré le peu d'extension apparente des cas d'ankylostomasie, il a paru inutile aux administrations de renouveler des recherches longues, coûteuses, capables d'éveiller des susceptibilités ouvrières. Par conséquent manquant de l'autorité désirable, de l'investiture officielle qui eût été nécessaire pour mener à bonne fin cette étude, obligé de suffire à de nombreuses analyses, nous avons dû nous contenter de résultats moins précis que nous l'eussions voulu. Voilà ces résultats :

Dans le bassin de la Loire, les houillères de Rive-de-Gier à Grand-Croix et de la Péronnière sont des centres d'infection. On évalue, chiffre officiel, à 5 p. c. le nombre des mineurs atteints, et nous pensons que ce taux peut être dépassé. Les cas sont généralement bénins et les troubles dyspeptiques remplissent tout le tableau clinique. L'hygiène de la mine laisse beaucoup à désirer : les puits d'extraction sont humides, mal aérés, la température y est très élevée. La Compagnie de Roche la Molière et de Firminy est indemne de contamination, quoique se trouvant dans les mêmes conditions hygiéniques, ce qui ne peut s'expliquer que par l'absence d'échanges ouvriers. Quant aux Sociétés de la Loire, Saint-Etienne, Villebœuf et Montieux, elles ont vu, à la suite des mesures imposées, il y a dix ans, par une épidémie

très meurtrière, une diminution de recrudescence de la maladie. Le pourcentage des mineurs atteints ne semble pas supérieur à 2 p. c. environ.

Le bassin du Gard n'est pas touché et on ne nous signale aucun cas aux mines de Rochebelle, Bessèges, Alais et Lalle. J'insisterai surtout sur la faible profondeur de ces puits, leur bonne aération, leur excellente hygiène. Dans l'Hérault, à Greissessac, quelques cas sont signalés, les mineurs atteints sont au nombre de 3 p. c. ; le dessèchement et l'aération rendus plus faciles par une exploitation superficielle, ont permis de limiter à un taux moins élevé, une épidémie qui, il y a quelques années, revêtait une grande acuité.

Dans le bassin de l'Allier, de l'Aveyron, du Lot et du Tarn, l'anémie des mineurs est une maladie presque inconnue. Les questionnaires que nous avons envoyés et les enquêtes que nous avons faites comportent des réponses négatives. Cependant, nous connaissons quelques cas isolés, ayant même revêtu un caractère de gravité, dans le bassin de l'Aveyron.

Dans le Nord et le Pas-de-Calais, où il existe plus de quarante sièges d'exploitation, l'ankylostomasie est inconnue, au dire des administrations intéressées. Or, une enquête approfondie révèle l'existence de nombreux mineurs infectés. Sur une population houillère de plus de 80.000 hommes, nous évaluons à 2 p. c. le nombre de mineurs en mal d'ankylostomasie, l'étant ou l'ayant été. J'ai déjà dit que la bénignité des cas attire peu l'attention des autorités compétentes. Cependant, aux mines de l'Escarpelle, le médecin-directeur a signalé de nombreux malades ; plusieurs de nos confrères médecins de mines et nous-même en avons constaté l'existence lors de l'enquête privée à laquelle nous avons procédé. A Anzin, à Liévin, à Lens, à Valenciennes, à Somain, à Bruay, à Ostricourt, etc., nous relatons l'observation de formes dyspeptiques attribuables à l'ankylostomasie. On ne trouve plus de formes graves ; bénins en général, ces cas ne sont ni découverts, ni déclarés, et les mineurs ne s'en inquiètent pas. Cependant, les mines d'Aniche, de Marles et de Douchy jouissent d'une innocuité spéciale. Mais, dans une population aussi dense que celle du Nord et du Pas-de-Calais, là où les puits sont très voisins les uns des autres, les échanges ouvriers fréquents, il est impossible que le contage n'ait pas lieu, surtout en l'absence de mesures hygiéniques préservatrices. Par conséquent, nous appuyant sur des recherches nombreuses et approfondies, nous déclarons que l'ankylostomasie existe dans ces bassins à l'état latent et dans une proportion relativement élevée.

En résumé, l'ankylostomasie se rencontre dans tous les sièges d'exploitation profonde, où l'aérage est bien assuré, la ventilation bonne, le surchauffage atténué. J'avoue que, depuis quelques années, l'hygiène générale de la mine a été améliorée et que l'épidémie en a vu ses effets atténués. Mais cette amélioration, je le répète, n'a pas été voulue dans un but déterminé et prophylactique. Il reste beaucoup a faire pour empêcher la propagation de la maladie, il reste beaucoup à édicter, pour assurer la sécurité du mineur. Le passé nous montre des recrudescences d'activité du parasite, l'avenir nous en laisse supposer d'autres. Le danger existe surtout parce que la tendance actuelle veut éliminer du cadre nosologique une maladie dont les effets se font peu sentir et sont même souvent méconnus. Il faut donc guider les esprits dans une voie plus prophylactique que thérapeutique et observer vis-à-vis de l'ankylostomasie, une expectative armée.

Biologie de l'ankylostome. — Avant de proposer des mesures hygiéniques et thérapeutiques susceptibles d'être opposées à l'épidémie, il est bon d'en justifier l'application. Je suppose connu l'ankylostome, dont les trois stades de transformation : œufs, larve et parasite adulte, répondent à un cycle d'évolution immuable en milieux organiques et inorganiques. Mais je rappelle spécialement quelques points de l'étude biologique du parasite, dont nous devons tirer enseignement et profit.

Tout être humain est favorable à l'évolution de l'ankylostome, et ceci à l'exclusion de nombreux organismes animaux. L'anémie des chiens de meute est sous la dépendance d'un parasite de même famille, mais non de même espèce, et le chien n'a pas encore été considéré comme voie de transmission de la maladie. Nous avons cherché sans succès à donner l'ankylostomasie à des chiens et à des rats, et nous avons répété nos essais sur ce dernier animal dont la présence au fond des mines est fréquente. Les résultats ont été négatifs. Rien ne prouve non plus que le cheval soit l'agent disséminateur de l'ankylostomasie ; Hugo Goldman, Boycott et Haldam sont hostiles à cette manière de voir. Il semble donc que le contage soit spécial à l'homme, et, pour cela, il n'est pas d'immunité, il n'est pas non plus de réceptivité parti-

culière. L'immunité naturelle du nègre, soutenue par ZINN et JACOBY, est brillamment réfutée par LEICHTENSTERN qui s'appuie sur de nombreux faits expérimentaux. Tout organisme est apte à la contagion ; la voie digestive sera considérée comme la seule porte d'entrée de l'ankylostome jusqu'au jour où l'expérimentation aura réalisé l'infection cutanée dont Loos est le partisan. Les études de LAMBINET ont montré l'innocuité des sucs organiques même renforcés sur les larves. Il en est de même pour le suc gastrique, et nous avons obtenu pareil insuccès avec les sucs intestinaux et pancréatiques. La digestion des larves est difficile; leur résistance est extrêmement développée. Introduites en tubes capillaires, à pointe effilée mais ouverte dans la cavité péritonéale d'animaux divers : lapins, cobayes, etc., elles conservent leur vitalité après plus de vingt-quatre heures. Les leucocytes les entourent sans qu'il y ait phagocytose.

Ce que nous observons vis-à-vis des milieux organiques trouve sa répétition vis-à-vis des milieux inorganiques. La plupart des antiseptiques, employés habituellement comme antimicrobiens ou antiparasiticides, sont impuissants à empêcher le développement d'un œuf ou d'une larve, soit à détruire ces larves. Nous avons renouvelé les expériences faites par HERMAN et LAGAGE, par MALVOZ et LAMBINET, et rejeté comme insuffisante l'action des solutions de sublimé, de phénosalyl, de liquide de FERNBACH, d'acides sulfurique, phosphorique, citrique, de carbonate de soude, de liquide de MULLER, etc. Des résultats appréciables ont cependant été obtenus avec le lysol, le sulfate de fer à saturation. Sous l'action de ces derniers produits, nous avons vu, après quelques heures de contact, la capsule de la larve se ratatiner, les crénelures apparaître et précéder la désorganisation. Mais le point sur lequel nous insistons c'est que presque tous les désinfectants dont l'action est préconisée assurent au malade une fausse sécurité. La chaux, le phénol, le sublimé et la nicotine, dont on a tant prôné l'emploi, sont à rejeter complètement. Nous nous résumons en disant que l'antiparasiticide spécifique n'est pas trouvé et que c'est à son défaut que nous conseillons le lysol et le sulfate de fer.

J'ajoute encore un mot au sujet du développement expérimental de l'ankylostome. Ces conditions exigent deux facteurs pathogéniques indispensables : la chaleur et l'humidité. La température idéale oscille entre 20 et 30°. L'humidité demandée se rencontre dans la plupart des galeries de mine. Ces conditions sont reproduites expérimentalement par le milieu artificiel de Loos. C'est dans ces milieux boueux que l'ankylostome subira sa transformation en larve plutôt que dans les flaques d'eau stagnante, où RATHONYI, LEICHTENSTERN, LŒBKER et LAGAGE l'ont très rarement rencontré. Enfin, bien que le dessèchement soit fatal au parasite, la reviviscence pourra se faire si le manque d'eau ne se prolonge pas.

Il ne nous paraît pas étonnant que l'homme subisse, vis-à-vis de l'ankylostome, une réaction spéciale. Nous pensons que les différents degrés constatés dans l'anémie des mineurs tiennent beaucoup plus à des conditions indépendantes de l'ankylostomasie qu'au parasite lui-même. Suivant que celui-ci rencontre un être débilité et déjà anémié par des causes diverses : alcoolisme, tuberculose, maladies aiguës et chroniques, suivant que l'ouvrier compense insuffisamment la faiblesse occasionnée par une existence confinée, privée d'air normal et de lumière, suivant ces cas, la symptomatologie revêtira un aspect différent. Tantôt, nous aurons un retentissement considérable, une anémie semblable à celle que nous constations lors des premières épidémies ; tantôt, au contraire, l'anémie revêtira un aspect plus bénin, comme nous le voyons aujourd'hui. Nous adoptons, au sujet de la pathogénie de l'affection, l'opinion que LEICHTENSTERN, qui attribue l'anémie aiguë, consécutive, à une incubation de quelques semaines, à la sécrétion de produits toxiques, hémolytiques. Nous aurions voulu étudier l'ankylostome adulte et chercher s'il n'était point possible, par trituration ou par tout autre moyen, de contrôler ce fait et de l'assimiler à celui que SCHAUMANN et TALLQVIST avaient observé sous l'influence d'extraits de botriocéphale. Nous n'avons pas obtenu, par broyage des larves, une hémolysine active *in vitro* vis-à-vis des globules sanguins humains et ceci ne nous étonne pas, puisque la phase clinique d'incubation n'est pas anémiante.

Les constatations cliniques de FIRKET et de tous les auteurs qui ont étudié les modifications du sang au cours de l'ankylostomasie viennent à l'appui de cette opinion. Dernièrement, MM. BOYCOTT et J. HALDAM ont montré les ressemblances, au point de vue de l'état du sang, avec la chloro-anémie. Ils ont vu le taux d'hémoglobine descendre en moyenne à 36.38 p. c. du taux normal, et cela bien avant que le nombre total des hématies ait diminué dans une proportion

aussi grande. Ils ont étudié les modifications corrélatives du sang, l'éosinophilie intense, la leucocytose prononcée, témoins des modifications profondes de l'organisme. Enfin, nous pensons qu'à la phase d'anémie chronique correspondrait plutôt la formation d'une antihémolysine naturelle et qu'il faudrait plutôt incriminer à cette période, l'hématophagie que toute autre cause d'anémie. Celle-ci, en effet, n'est pas toujours proportionnelle au nombre d'ankylostomes parasites. Il s'ensuit que le problème qui se pose mérite d'être résolu et que nous devons étudier plus à fond les propriétés du sérum sanguin des sujets infectés.

Hygiène et thérapeutique. — Les mesures d'hygiène susceptibles d'être opposées à l'ankylostomasie sont de deux ordres : les unes visent la mine, les autres le mineur. Les premières ont pour but de maintenir la parfaite salubrité des mines indemnes de contamination, de chercher à désinfecter celles où la maladie s'est déclarée ; les secondes doivent prémunir contre le parasite le mineur sain et assurer la guérison du contaminé. De semblables mesures ont déjà été proposées par le Conseil d'hygiène de Belgique, qui a cherché les moyens pratiques de les mettre à exécution. C'est ce point qui nous semble le plus important à discuter.

Les indications hygiéniques concernant la mine comprennent surtout la ventilation et le dessèchement des galeries. L'aération doit être assurée à la fois par des ventilateurs et par des cheminées. Il est nécessaire que la quantité d'air distribuée atteigne de 80 à 100 litres par seconde et par ouvrier ; cette moyenne est indispensable au fonctionnement respiratoire normal de l'homme. L'aération assure aussi le dessèchement des galeries, et il est très facile, à l'aide d'un courant d'air continu, de maintenir une température moyenne de 10° à 15°, température relativement peu favorable au développement de l'ankylostome. Le dessèchement des galeries est une des mesures les plus difficilement exécutables, mais aussi des plus profitables à la prophylaxie de l'ankylostomasie. Eviter avec soin la stagnation des eaux de filtration est chose difficile, si ce n'est impossible dans certaines fosses ; aussi, les sources devront être déviées, les voies d'eau étanchées avec le plus grand soin.

Je ne puis que préconiser les rigoles aboutissant à une sorte d'égout collecteur dont l'évacuation serait assurée par des pompes. Il serait facile d'établir une déclivité favorable à l'écoulement des eaux dans les rigoles ; le simple dessèchement par la tourbe ou la chaux ne nous paraît pas utilisable. La tourbe, le sable, les poussières de charbon, la chaux surtout, favorisent la formation d'un mortier dont la croûte superficielle facilite et entretient l'humidité profonde. C'est aller à l'encontre des desiderata formulés par l'étude de l'ankylostomasie. Pour assécher une mine, forcer le balayage journalier et laisser le sol libre afin que nulle trace d'humidité ne soit cachée ; que l'arrosage précède le balayage des poussières, mais qu'il soit assuré par un liquide antiseptique plus spécialement indiqué contre l'ankylostome.

Nous venons de parler d'antiseptiques appropriés à la lutte contre l'ankylostome. Nous savons combien est difficile le choix de ce liquide. L'ankylostome, parasite extrêmement résistant, n'est nullement contrarié par les antiseptiques d'usage courant. Les œufs, les larves, ne sont pas tués par un contact passager avec le sublimé à 2 p. c., le phénosalyl à 3 p. c., le chlorure de chaux à 10 p. c., la solution saturée de carbonate de soude, le lait de chaux, etc. Les liquides susceptibles d'être utilisés coûtent très cher, sont d'un emploi difficile et sont parfois d'un réel danger vis-à-vis de la population minière. L'ammoniaque, le pétrole camphré, l'acide sulfurique rentrent dans cette catégorie. Nos préférences vont surtout au lysol en solution à 5 p. c., tel que l'emploie Lambinet, ou à la solution saturée de sulfate ferreux. Cette dernière est d'un prix modique, d'une pratique facile, et nous donne de bons résultats. Il ne faut pas attendre de ces antiseptiques des succès parfaits ; ce ne sont pas de véritables spécifiques.

Il est urgent d'empêcher le mineur de souiller le sol de matières fécales. Des water-closets doivent être mis à sa disposition à la surface, afin qu'il puisse les utiliser avant la descente. Au fond, le système des tinettes mobiles, conseillé par le Comité provincial, n'est pas sans rencontrer des difficultés d'application. Le mineur aime peu à s'éloigner de son foyer d'occupation pour aller à la tinette, dont l'entretien est sommaire, dont l'odeur est repoussante et dont la remonte ne veut être assurée par personne. Comme le dit Herman, et comme le répète M. Duclaux dans son *Traité d'hygiène sociale*, il y a des mesures inappliquées parce qu'elles sont inapplicables. Voit-on le mineur dont le point de taille est éloigné de la galerie, ramper très loin pour assurer ses besoins, alors qu'il lui est si facile de se délester dans la poussière de

charbon désodorisante et asséchante ? L'entretien de ces tinettes est d'autant plus négligé que leur placement dans les creux des galeries est difficultueux. L'emploi ne peut en être généralisé. Dans certaines concessions, on a préféré obliger le mineur à déféquer dans le wagonnet que d'établir des tinettes. Cette mesure est mieux acceptée par l'ouvrier, mais elle expose à la contagion les ouvriers de la surface et tous ceux qui manipuleront le charbon. J'ajoute que les matières recueillies doivent être désinfectées avant d'être utilisées comme engrais. Or, cette désinfection n'existe jamais. Elle est d'ailleurs difficile, coûteuse, souvent inefficace si elle est pratiquée. Dans les milieux très infectés, comme ceux des bassins de la Loire, nous voyons les matières utilisées telles quelles, soit par les laboureurs, soit par les maraîchers, et nous serions peu étonnés d'apprendre que l'épidémie s'est étendue au delà de la population houillère aux populations rurales avoisinantes. Il faut installer des champs d'épandage, chercher à utiliser les procédés de désinfection recommandés, mais empêcher de telles coutumes.

Je ne vois pas l'utilité d'assurer au mineur du fond une eau potable. Tous les ouvriers descendent avec un bidon plein et la pénurie d'eau de filtration ne pourra qu'éviter une contamination toujours possible.

Je me résume en demandant et la ventilation et l'assèchement des galeries. Je pense que la première de ces conditions est d'une application facile et qu'elle ne peut rencontrer de difficultés dans son exécution ; que la seconde ne peut être réalisée que par l'établissement de plans de clivage, de rigoles aboutissant à l'égout collecteur, et cela sans grands frais. Nous devons nous efforcer de rendre la ville souterraine plus hygiénique que celle qu'assainit la lumière et l'air. Nous pensons aussi que ce tout à l'égout est la condition indispensable au bon entretien des mines. Et alors plus de tinettes, plus de wagonnets infectés; on peut avec profit utiliser les eaux de filtration pour assurer le débit des rigoles. Enfin, ces mesures ne visant qu'à la prophylaxie de l'ouvrier, on doit prendre soin, avec les fosses contaminées, de redoubler de surveillance et de veiller à l'application de ces mesures; signaler par des affiches à l'ouvrier le danger qui le menace ; chercher la veine ou le puits infecté ; faire la sélection des ouvriers pour utiliser ici, dans un milieu déjà infecté, ceux qui sont en mal d'ankylostomasie, pour isoler ailleurs, dans des veines respectées, ceux qui sont sains. Il ne faut pas craindre d'éveiller l'attention du mineur, car de l'étendue de son éducation hygiénique dépendra le succès de la lutte contre l'ankylostomasie.

Comment donc assurer cette éducation ? Il ne faut pas agir différemment, suivant que nous avons affaire à un homme sain ou contaminé. Il faut chercher avant tout à empêcher le mineur à aller à la selle dans la mine. Il n'est pas difficile de faire l'éducation de son intestin; il faut habituer le mineur à user du water-closet avant la descente, et la tinette placée dans la galerie à défaut de rigoles ne doit répondre qu'aux nécessités urgentes. Il est évident que le jour où le sol de la mine ne se trouverait plus souillé par le contact des matières, la transformation des œufs en larves ne s'opérerait plus et la désinfection se ferait naturellement, livrée aux seuls effets de l'assèchement et du temps. Il faut éviter que l'ouvrier ne porte à la bouche un objet souillé par les boues du sol et les poussières de charbon. La pipe, le goulot du bidon, les victuailles déposées sur le sol en attendant leur utilisation, les mains de l'ouvrier sont autant d'objets de contamination.

Recommandons surtout d'éviter toute souillure du sol : que l'ouvrier dépose les objets destinés à son usage, sur un linge propre, ou qu'il entoure le tout d'un protectif. Qu'il ne porte jamais la main salie aux lèvres, au nez, et qu'aux heures de repas, il se serve de solutions désinfectantes mises dans de larges baquets, à sa disposition, dans les galeries. Limiter et fixer les heures du repas, les faire précéder d'un nettoyage antiseptique des mains et de la face, nous semble une excellente mesure prophylactique. Il n'est pas d'exigence à laquelle un ouvrier ne se soumettrait, s'il était persuadé d'agir au mieux des intérêts de son propre individu et de ceux de ses camarades.

Un autre desideratum que le comité provincial de Liège avait exprimé concerne l'établissement de bains douches. Nous avons déjà vu semblables installations dans les milieux où la population ouvrière est dense. Nous savons que leur application semble se généraliser dans nos départements du Nord et du Pas-de-Calais, et que, seule, la dépense tend à en reculer l'utilisation. Non seulement nous pensons indiscutable le bon effet du bain tiède, qui débarrasse le corps des poussières de charbon, mais nous voudrions annexer à l'établissement hydrothérapique une buanderie où les vêtements souillés, contaminés, abandonnés

sortir de la mine, pourraient subir un nettoyage complet et aseptique, pour un prix minime. M. Duclaux nous signale, à Francfort-sur-Mein, semblable installation. Nous voyons fonctionner tous les jours, au dispensaire Emile Roux, fondé par le Dr Calmette, à Lille, une buanderie dont le prix de revient est faible et dont les effets sont des plus heureux. Nous sommes persuadé que les administrations houillères, toujours favorables aux progrès thérapeutiques et d'ailleurs extrêmement intéressées à la question, n'hésiteraient pas à endosser un tel sacrifice.

Il est évidemment très peu pratique de recommander à l'ouvrier l'ébouillantage de son linge, car, devant assurer lui-même pareil entretien, il ne le fera qu'après être rentré chez lui, avec ses habits de travail ; et il n'hésitera pas à trouver fastidieux cette besogne qu'il délaissera vite.

De telles mesures concernent indifféremment le mineur sain et l'homme atteint d'ankylostomasie. Le premier devra se garder de toute contamination et le second d'une contamination plus grande ou nouvelle, puisqu'il sera lui-même sous les effets d'une thérapeutique suivie.

Peut-on prendre des mesures spéciales, vis-à-vis de l'ouvrier infecté, lui interdire, par exemple, le travail du fond ? Nous trouvons cette mesure inapplicable et même vexatoire. Inapplicable, parce que le travail du fond n'est pas celui de la surface, parce que la présence d'un ouvrier infecté n'augmente pas les chances de diffusion de la maladie, si les règles d'hygiène normale sont observées ; vexatoires, parce que l'ouvrier ne se laissera pas priver d'un salaire, ou ne le verra pas diminuer, sans protester et cela avec apparence de raison.

M. Duclaux vante les bienfaits de la coopérative ouvrière, où chaque membre intéressé moralement et pécuniairement au bon fonctionnement de l'œuvre ne peut que soumettre son cas particulier aux prescriptions indiquées à la masse. M. Duclaux a senti combien était intéressante cette question d'obéissance passive à de simples règles de prophylaxie, et il a voulu chercher quelle en était la meilleure application pour le profit de chaque membre. Il faut éviter trop de réglementation officielle : l'ouvrier désire être conseillé, mais il craint toujours l'empiètement sur son libre arbitre, surtout si le conseil vient des autorités dirigeantes ou d'une association étrangère à la sienne. Or, cette question d'éducation hygiénique des masses est la seule dont dépende un avenir heureux. Nous voudrions donc voir adhérer aux coopératives ou aux mutualités tous les ouvriers, car les exceptions sont aussi préjudiciables à la majorité qu'une abstention totale. Nous voudrions aussi y voir adhérer le patron, pour qu'il puisse y apporter le secours de ses capitaux et surtout pour qu'il ne soit pas tenté de tenir en suspicion une manifestation qu'il jugerait hostile parce qu'elle est dépourvue de son adhésion. Nous voudrions que, par les soins de cette coopérative ou plutôt que, par les soins d'un Conseil d'hygiène ouvrier et patronal, les questions les plus intéressantes de la vie houillère soient discutées et jugées. Qu'il soit en même temps un Conseil d'hygiène et le gérant d'une caisse de retraite et de secours aux ouvriers. Que chaque ouvrier y cherche la garantie de ses intérêts, que chaque administration y voie le répondant moral de sa gestion. Et alors, moins de luttes intestines, moins de querelles toujours préjudiciables aux patrons et à la masse. C'est par de tels conseils, dont les avis ne seraient ni méconnus ni négligés du gouvernement, que les mesures relatives à l'ankylostomasie pourraient être rendues exécutoires. C'est sous ses auspices qu'un dispensaire, semblable à celui du Dr Malvoz, à Liège, pourrait être créé. Le dispensaire institué par le Comité provincial de Liège, se charge de tous les mineurs et ouvriers qui se présentent. On y fait l'éducation prophylactique et hygiénique nécessaire pour éviter l'infection et la réinfection ; les malades auxquels un vermifuge est administré séjournent au dispensaire quelques jours, le temps de la durée du traitement. Je vois un avantage à ce que le dispensaire dépende d'une société ; c'est que celle-ci pourra imposer à ses membres la visite obligatoire au dispensaire, visite qui précédera son admission à la prévoyance et qui lui sera imposée à périodes fixes ; c'est que le traitement pourra être effectué et surveillé par ses soins. Au dispensaire sera annexé l'hôpital où la cure sera pratiquée. Dans l'un, le microscope prévaudra ; dans l'autre, la clinique trouvera tous ses droits. Ce sera l'éternelle association, dont le malade tirera le plus grand profit. On cherchera, dans cet hôpital, par l'administration de vermifuges et par un traitement reconstituant, à débarrasser l'organisme du parasite et à rendre au sang sa richesse normale. L'antiparasiticide spécifique de l'ankylostomasie n'existe pas encore : nous avons vu successivement

des succès obtenus par le thymol à forte dose, le suc laiteux de ficus dolaria. GOLDMAN préconise l'écorce d'acacia anthelmintica dont l'infusion est facilement tolérée et donne des effets sûrs. C'est au dispensaire que l'action de ces divers médicaments peut être le mieux contrôlée et qu'ils peuvent être le plus utilement employés.

En résumé, nous pensons que, dans la lutte contre l'ankylostomasie, nous devons chercher le mode d'enseignement de l'hygiène à la masse. Pour le rendre profitable, il faut s'efforcer de le rendre pratique, d'intéresser à la fois la classe dirigeante et la classe travailleuse à sa réalisation. Que l'une n'y voie pas un contrôle arbitraire de ses actes et une main mise sur son administration ; que l'autre n'y cherche pas une obligation fastidieuse ou une atteinte à son libre arbitre ; que les deux classes s'unissent dans un même but et que cette union se fasse sur le terrain d'une renaissance physique et en même temps morale.

Préparons-nous aussi des jours plus heureux et que l'éducation des esprits amène l'apaisement des masses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Une originale solution de la crise médicale

On nous écrit d'Agen :

La loi de juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, fonctionne, plus ou moins bien, dans toute la France, sauf dans le département de Lot-et-Garonne. Jusqu'à sa dernière session, le Conseil général de ce département avait toujours craint de détruire l'équilibre de son budget en appliquant cette loi, dont les conséquences financières sont si onéreuses pour un grand nombre de départements.

D'un autre côté les médecins de l'Agenais avaient continué, par pure philanthropie, d'assurer les soins médicaux aux indigents de leur clientèle.

Pressé par le ministre de l'intérieur, le Conseil général vient, dans sa session d'août, d'assurer l'application de la loi d'une façon encore inédite.

Renonçant aux manières de procéder en usage dans les autres départements, payements à la visite, à l'abonnement, nomination de médecins fonctionnaires chargés chacun d'une circonscription, rémunération particulière des opérations chirurgicales, le Conseil général a décidé de traiter à forfait et directement avec le syndicat médical de Lot-et-Garonne moyennact un prix annuel de 50.000 francs, versés directement dans la caisse du syndicat.

Pour arriver à ce résultat, il a fallu que le syndicat médical fût assez puissamment organisé pour être capable d'assurer le service dans tout le département. En fait, ce syndicat réunit la presque unanimité des médecins de Lot-et-Garonne : 119 sur 120.

Les fonds versés dans la caisse syndicataire serviront à constituer une caisse de retraites destinée à assurer une pension de 1.200 francs aux médecins âgés ou infirmes, à laisser à la mort d'un syndiqué une somme voisine de 7.000 francs à sa femme ou à ses enfants, à la création d'autres œuvres de prévoyance, telles que secours en cas de maladie, bourses pour les orphelins, etc. (*Anjou médical.*)

CORRESPONDANCE

A propos du décret du 22 Juin 1903

La lettre suivante nous est parvenue touchant un point intéressant de l'enseignement de la médecine légale et de la médecine mentale et relative à la création du titre de médecin-expert. La justesse des idées, l'heureux choix des termes pour les exprimer et la modération des appréciations qu'elle contient nous ont engagé à déroger à notre règle de conduite, de ne pas reproduire les lettres non signées, et à la donner en son entier. Nous nous joignons, en cette circonstance, à notre confrère inconnu pour protester contre les tendances du décret du 22 juin 1903.

Lille, le 26 septembre 1903.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de venir vous demander l'hospitalité des colonnes de l'*Echo Médical* pour la lettre suivante :

Par un décret du 22 juin 1903, un nouvel enseignement vient d'être créé à la faculté de médecine de Paris.

Les médecins ayant suivi cet enseignement pendant un an (six mois par la médecine légale, six mois pour la médecine mentale), seront nommés docteurs en médecine légale et psychiâtrie et comme tels experts près les tribunaux.

Ces cours n'ayant lieu qu'à Paris, qui pourra les suivre ? Ce ne sont pas les médecins légistes actuellement en fonctions, qui sont des praticiens à la tête d'une clientèle, qu'ils ne pourront pas quitter pendant un an pour venir à Paris ; ce ne sont pas non plus les aliénistes de profession, médecins des asiles, à qui le Ministre n'accordera pas un congé d'un semestre pour suivre la partie médico-légale du cours. Les médecins seront remplacés les uns et les autres, au pied levé, par les nouveaux experts, devenus médecins légistes en six mois, aliénistes en six autres mois !

Ces cours exclusifs à Paris, ne pourront pas être suivis non plus par les étudiants des facultés de médecine de Lyon, Bordeaux, Nancy, Lille, etc., de sorte que, en définitive, le nouvel enseignement est fait pour favoriser exclusivement quelques jeunes médecins de la faculté de Paris qui, chaque année, seront envoyés un peu partout en France, en qualité d'experts officiels !

Cette manière de rendre toute concurrence impossible est évidemment simpliste, mais que pensent de la combinaison les médecins légistes, les médecins aliénistes et les doyens des facultés de médecine, dont les élèves voient leurs intérêts gravement lésés par cette création d'un enseignement médical spécial à Paris ?

Pourquoi toujours Paris d'un côté et la France de l'autre ? Il y a aussi à Lyon, à Bordeaux, à Lille et ailleurs des professeurs de médecine légale et des étudiants en médecine.

Monsieur le Ministre de l'Instruction publique les a oubliés.

Un de vos lecteurs.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Vœu sur la réforme de l'agrégation

Dans sa séance du vendredi 21 août, le Conseil général du Nord a adopté le vœu suivant, présenté par M. le docteur DRON :

« Le soussigné, considérant que les agrégés de médecine et de pharmacie sont actuellement nommés pour une période de neuf années, à l'expiration de laquelle ils cessent d'appartenir à l'enseignement;

» Que cette mesure, qui les prive de toute sécurité pour l'avenir, les oblige à chercher à se créer une situation en dehors de l'Université;

» Qu'elle est absolument préjudiciable aux intérêts de l'enseignement comme à ceux de la science, ainsi que cela a été reconnu par toutes les Facultés de médecine sans exception;

» Qu'elle est de plus souverainement injuste, les agrégés étant dépossédés de leurs fonctions, alors qu'ils n'ont été nommés qu'à la suite d'un concours long et difficile et qu'ils ont, en outre, subi une retenue pour la retraite pendant la durée de leur exercice;

» Prie le Conseil général d'émettre le vœu que tout agrégé de médecine et de pharmacie nommé au concours, sans distinction de catégorie, reste en fonction jusqu'à l'âge de la retraite (Vœu présenté au Conseil général de l'Hérault).

» Considérant que le mode de recrutement régional des agrégés, tel qu'il se pratique actuellement, présente de graves inconvénients et qu'il est nuisible au développement des universités de province, en éloignant les candidats étrangers à chaque université;

» Considérant, d'autre part, qu'il est injuste de supprimer le concours triennal, même pour une période de courte durée;

» Il prie également le Conseil général d'émettre le vœu que le concours d'agrégation de médecine et de pharmacie porte sur tous les candidats de toutes les Facultés, qu'il y ait une seule liste de nomination comme cela se passe dans les Facultés de droit, et que, la nomination faite, les agrégés soient envoyés dans telle ou telle Faculté choisie par eux, et suivant leur rang».

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Théophile ROUSSEL, sénateur de la Lozère, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences morales et politiques, décédé à l'âge de 87 ans.

Louis DURIEZ, de Blangy-sur-Bresles (Pas-de-Calais), âgé de 60 ans. Nous adressons à la famille de notre confrère, qui avait exercé plusieurs années à Roubaix, l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

39e SEMAINE, DU 20 AU 26 SEPTEMBRE 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	2	8
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	3	1
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	2	1
20 à 40 ans	8	4
40 à 60 ans	4	7
60 à 80 ans	7	5
80 ans et au-dessus	2	2
Total	39	37

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	12	13	22	12	10	1	4	8	6	3	96
TOTAL des DÉCÈS	6	2	12	15	5	10	4	8	4	1	4	71
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	3	1	2	8	4	4	3	4	1	»	1	31
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	»	3	2	1	1	»	»	»	»	»	8
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	1	1	3	2	»	2	»	»	2	»	1	12
Maladies organiques du cœur	»	»	»	»	»	1	»	2	»	1	»	4
Bronchite et pneumonie	»	»	2	1	»	»	»	1	1	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	»	1	2	»	1	»	1	1	»	»	6
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

N° 352. Septième Année N° 41. Le Numéro : 10 centimes 11 Octobre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.
Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CAUSERIE HISTOLOGIQUE

A propos de cartilage

par **E. Laguesse**

Lentement parfois, mais continuellement, nos données histologiques vont se modifiant, et tel confrère établi depuis quelques années, qui serait obligé de consulter un mémoire récent, aurait bien souvent la sensation de l'homme qui perd pied et ne reconnaît plus le sol ferme de ses notions classiques. C'est pour ces confrères surtout que j'écris aujourd'hui, et je prendrai comme exemple un sujet bien simple en apparence, le tissu cartilagineux.

Comment ? la conception du cartilage aurait-elle changé aussi ? — Mais certainement. Elle n'a pas changé de fond en comble ; mais elle s'est modifiée sur bien des points, élargie sur d'autres, et a conduit certains auteurs récents à des spéculations très intéressantes.

La description classique du cartilage hyalin pouvait, il y a quelques années, se résumer ainsi : C'est un tissu essentiellement constitué d'une masse de substance fondamentale amorphe et hyaline, dans laquelle sont incluses de place en place des cellules plus ou moins arrondies, entourées chacune d'une capsule, et groupées par familles (groupes isogéniques de RENAUT). Au point de vue chimique cette substance est du chondrigène (ou chondrogène), donnant par la coction un corps spécial, la chondrine, proche parent de la gélatine, mais en différant par certaines propriétés, et notamment par ce que son précipité par l'acide acétique est soluble dans un excès d'acide.

Les notions sur la cellule ont peu changé, et nous ne nous y arrêterons pas. Disons seulement que la présence d'un certain nombre de gouttelettes de graisse, qui paraissait l'apanage de la cellule vieille (le glycogène celui de la cellule jeune), ne prouve en aucune façon sa décrépitude, puisque SACERDOTTI, par exemple, trouve les cellules cartilagineuses du lapin de quelques jours littéralement bourrées de graisse (dans les cartilages costaux surtout).

Ce qui s'est au contraire profondément modifié, c'est la conception de cette substance fondamentale, si simple en apparence, et dont l'étude, encore bien incomplète, est féconde en surprises.

On s'est d'abord aperçu qu'elle n'était pas aussi amorphe qu'elle en avait l'air. Par une macération assez longue, on arrive à la dissocier en fibrilles très fines, sensiblement parallèles, serrées, parfois entrecroisées, feutrées, rarement réunies en faisceaux à la façon des fibrilles conjonctives. Ces fibrilles traversent même les capsules secondaires, et paraissent unies entre elles par une substance cimentante que dissout peu à peu la macération. Cette substance étant de même réfringence ou à peu près, les

fibrilles ne se voient que très difficilement et plus ou moins vaguement dans les préparations ordinaires. Le plus souvent même on n'en voit pas trace. Naturellement il ne faut pas confondre cette fine fibrillation, avec la fibrillation amiantiforme, si nettement visible, même à l'œil nu, que l'on trouve dans les cartilages costaux vieux, par exemple, et qui est l'expression d'un phénomène de dégénérescence.

Telles sont les données actuelles. A vrai dire, elles ne sont pas tout à fait neuves. Creswel-Baber y étant arrivé il y a longtemps par la macération prolongée dans l'eau de chaux ou de baryte, et Tillmanns (en 1877) par l'emploi du permanganate de potasse, du sel à 10 %, ou la digestion par la trypsine neutre ou alcaline. Plusieurs auteurs, Van der Stricht notamment, ont repris ces expériences. Mais ces notions ne se sont imposées que lentement, parce qu'elles étaient assez longues et difficiles à vérifier dans la pratique courante ; parce qu'il était assez malaisé de se convaincre qu'on n'avait pas affaire à un produit purement artificiel, indiquant seulement la tendance du tissu à se cliver facilement. Aujourd'hui on a pu vérifier en de nombreux points, à l'aide d'objectifs de choix, l'existence de la fibrillation sur le cartilage hyalin frais, avant l'emploi de tout réactif. La seule question encore débattue est de savoir si tout le cartilage hyalin sans exception est décomposable en fibrilles. Pour Hansen, qui a étudié plus de 150 cartilages différents (1899), il ne saurait y avoir de doute à ce sujet. Il a constaté partout et dans toutes les variétés, la présence de très fines fibrilles, relativement faciles à voir chez les gros animaux, bien plus difficiles à mettre en évidence chez les embryons, et particulièrement chez les Batraciens. Par places on y aperçoit plutôt une fine striation qu'une fibrillation.

La démonstration par Von Ebner d'une structure fibrillaire dans la substance fondamentale de l'os, considérée d'abord aussi comme amorphe, vient également à l'appui de ces données.

Voici donc une substance fondamentale qui n'est plus amorphe, en majeure partie tout au moins. Mais, pensez-vous, sa constitution chimique n'a pas varié. Erreur. Les chimistes ne veulent plus ni du chondrigène, ni de la chondrine. Mörner (1889) et Schmiedeberg (1891) notamment ont montré que la chondrine n'existe pas. C'est de la véritable gélatine que la substance fondamentale du cartilage fournit par la coction, et par conséquent du collagène pur qui la constitue. Mais il faut, pour obtenir cette gélatine, l'isoler de substances tout à fait spéciales au cartilage, qui lui sont ici associées, et que Mörner désigne sous le nom d'ensemble de chondro-mucoïdes. Schmiedeberg établit que ces substances sont les combinaisons variées d'un acide sulfo-conjugué (acide chondroïtine-sulfurique) avec des albuminoïdes. Elles seraient incorporées à la substance fondamentale collagène, d'où on pourrait les enlever par une sorte de déchondrification (par macération dans la soude étendue) comme on enlève les sels calcaires de l'os par la décalcification. Vous trouverez le résumé très clair et plus détaillé de ces recherches dans l'article Chondrogène et Chondrine, de notre collègue Lambling (2e Supplément au *Dictionnaire de Chimie de Wurtz*, 1894).

Ces données nouvelles, aujourd'hui classiques en chimie, ont une très grande importance pour les histologistes, et Hansen, notamment (1), vient d'en tirer un excellent parti. La substance collagène, dans les fibres conjonctives par exemple, se colore peu par l'hématoxyline, et les couleurs basiques d'aniline, vivement au contraire par les couleurs acides : éosine, fuchsine acide, etc... Inversement, la substance fondamentale du cartilage préfère les couleurs basiques d'aniline, est basophile en un mot, et l'hématoxyline agissant de même la colore généralement en bleu foncé. Cela vient, dit Hansen, de la texture même de cette substance. Elle est constituée essentiellement de fibrilles collagènes acidophiles, mais ces fibrilles sont unies entre elles par une substance cimentante basophile contenant les composés chondro-mucoïdes, qui « masque » la forme et la réaction des premières. Et, en effet, il réussirait, en déchondrifiant avec précaution, à faire disparaître la basophilie, et à colorer alors spécifiquement le collagène démasqué. Il est fort possible que cette explication soit incomplète ; il est indiscutable d'ailleurs que nous savons encore fort peu de chose sur ce sujet. Mais enfin l'explication de Hansen est fort ingénieuse, très admissible provisoirement, et, complétant les travaux des chimistes, nous ouvre une voie nouvelle qui sera féconde assurément.

N'oublions pas, en effet, que depuis longtemps, Reichert a rapproché en une même famille, sous le nom de tissus de substance conjonctive, les trois tissus conjonctif, cartilagineux et osseux, et montré leur étroite parenté. Ce sont d'après lui plutôt trois variétés d'un même tissu, capables de se substituer l'une à l'autre suivant les points, que trois tissus différents. En France, Ranvier a fortement insisté sur ces idées en les rajeunissant (2). Etudiant notamment les tendons de la patte des oiseaux, il a montré que chacun d'eux peut en divers points de son parcours, suivant les nécessités fonctionnelles, passer insensiblement par places à l'état de véritable tissu osseux ou cartilagineux. Les recherches récentes de Schaffer sur le même sujet (3) confirment d'ailleurs ces notions, en ce qui concerne le dernier tissu, en y ajoutant maints détails intéressants.

Or, les idées nouvelles sur la structure et la composition chimique de la substance fondamentale viennent nous

(1) Ueber die Genese einiger Bindegewebssubstanzen. — *Anatomischer Anzeiger* (T. XVI, 1899, p. 417).
(2) Cours du Collège de France. Journal de Micrographie, 1889-90.
(3) Zeitschrift für wiss. Zoologie. LXXIII, 1903, p. 377.

apporter un nouveau lien d'union entre les trois tissus fondamentaux de soutien (1). Tous trois ont la même base chimique, la substance collagène, donnant par coction de la gélatine; dans tous les trois cette substance se présente sous forme de fibrilles. Seulement elle est imprégnée dans l'os de sels calcaires, dans le cartilage de dérivés chondromucoïdes ou combinaisons diverses de l'acide chondroïtinesulfurique avec des albuminoïdes. Dans ces deux derniers cas, elle est comme masquée, et l'ensemble de la substance fondamentale acquiert de ce fait des propriétés fonctionnelles et des réactions nouvelles. Mais la décalcification ou la déchondrification peuvent les écarter et nous remettre en face du collagène fondamental. Aussi, modifiant légèrement le mot de REICHERT, on pourrait appeler l'ensemble des trois tissus non plus tissu de substance conjonctive, mais tissu de substance collagène, ou système de soutien collagène.

Ici se présente pourtant une difficulté. Pour mettre les trois tissus sur la même ligne, il faut considérer l'ensemble des fibres du tissu conjonctif comme l'homologue de la substance fondamentale de l'os et du cartilage, par conséquent, comme la substance fondamentale du tissu conjonctif. Or, ce qu'on appelle ordinairement de ce nom dans ce tissu, c'est la substance amorphe qu'on trouve par places au moins, sous forme de membranes vitrées ou basales par exemple, et aussi probablement entre les fibrilles du faisceau, et à la surface de ce dernier. Plusieurs auteurs désignent sous ce nom l'ensemble des substances, liquides ici, solides ou demi-solides là, qu'on trouve entre les faisceaux conjonctifs eux-mêmes.

Nous ne nous engagerons pas à fond dans cette question de la substance amorphe conjonctive. Nous dirons seulement qu'à notre avis il y a là une très grande diversité, et que les substances amorphes contenues dans le tissu conjonctif peuvent être essentiellement différentes. Ainsi, chez l'embryon de Sélacien, le corps est à un moment donné, où pourtant existent déjà les protovertèbres, et le névraxe, exclusivement constitué de feuillets épithéliaux. Or, entre ces feuillets et dans leurs replis, dans le repli par exemple de l'expansion caudale en voie de constitution, on trouve une substance semi-liquide, semblant être par places au moins une sorte de gelée tremblotante, qui préexiste aux cellules du mésenchyme, qui n'est pas formée par elles, et qui est par conséquent toute différente des substances fondamentales que nous trouverons plus tard. Ailleurs (tissu conjonctif lâche adulte par exemple) nous trouvons entre ces faisceaux un liquide, différant à la vérité de la lymphe des vaisseaux, mais qu'on peut appeler avec les physiologistes la lymphe interstitielle, rajeunie sans cesse d'un côté par osmose aux dépens du plasma sanguin des capillaires, polluée de l'autre par les déchets organiques qu'y rejettent les cellules du tissu conjonctif et des tissus voisins, et drainée peu à peu par le feutrage lâche du premier vers les culs-de-sac et réseaux d'origine clos des lymphatiques. Ailleurs (cordon ombilical), c'est une substance semi-fluide gélatiniforme, plus ou moins chargée de mucine. Ailleurs enfin c'est une substance plus solide, dont nous trouvons le meilleur exemple dans le tissu conjonctif membraneux (mésentère) et dans les membranes vitrées ou basales, c'est-à dire dans les parties les plus superficielles du tissu conjonctif, immédiatement au-dessous des épithéliums. Bien que la plupart des autres substances se rattachent probablement par quelque lien à cette dernière, c'est elle seule qui nous semble représenter le véritable type de la substance conjonctive amorphe, née aux dépens de la cellule, comme celle de l'os ou du cartilage. C'est elle qu'on pouvait autrefois identifier aux substances dites amorphes de ces tissus. Ce serait donc la véritable substance fondamentale.

Qu'ils la comprennent ainsi ou autrement, qu'ils la croient plus ou moins abondante dans le tissu, les auteurs en tous cas n'étendent pas ordinairement ce nom à la substance des fibres mêmes comme nous l'avons fait tout à l'heure.

C'est que nous nous appuyons ici sur des recherches personnelles dont nous devons dire quelques mots. Nous avons montré (1) en étudiant l'histogenèse du tissu conjonctif dans la rate des Sélaciens, que ce tissu est partout dans l'organe, à un moment donné, réticulé cytogène, c'est-à-dire uniquement constitué de cellules étoilées anastomosées entre elles. De place en place, aux points qui seront renforcés de fibres chez l'adulte (capsule et capsule réfléchie), ces cellules différencient à leur surface des traînées de substance amorphe, ayant des réactions analogues à celles du collagène, mais moins marquées. Dans ces traînées apparaissent à leur tour les fibrilles. La membrane vitrée superficielle n'est qu'une énorme traînée membraniforme de même nature. Nous en concluons qu'à la façon de la cellule cartilagineuse, la cellule conjonctive différencie autour d'elle et à ses dépens, un manteau plus ou moins complet de substance fondamentale amorphe, que nous appelons précollagène, parce qu'elle diffère un peu par ses réactions du collagène de la fibre, mais qui n'aura qu'à se fibriller et à achever sa transformation chimique pour donner naissance à la fibre elle-même. L'ensemble des fibres du tissu adulte serait donc de la substance fondamentale collagène arrivée à son summum de différenciation, la substance fondamentale proprement dite et amorphe serait une sorte de préstade et de matrice de ce collagène. L'analyse chimique seule, qui sera peut-être possible un jour,

(1) On sait que l'osséine n'est que du collagène, donnant par coction de la gélatine.

(1) Société de Biologie 1903, et Archives d'Anatomie microscopique (à l'impression).

serait capable de nous dire, en quoi ce précollagène diffère du collagène des fibres, et s'il en diffère beaucoup. Si incomplètes que soient ces notions, elles semblent légitimer le rapprochement que nous faisions tout d'abord entre les substances fondamentales des trois tissus; puisque fibre et substance amorphe nous apparaissent comme deux modalités chimiques et morphologiques différentes d'une même substance fondamentale de la famille collagène.

Mais dans les descriptions les plus classiques du tissu conjonctif, laissant à part, comme nous l'avons fait, la lymphe interstitielle, on semble admettre que la totalité de la substance fondamentale amorphe (membranes vitrées parfois exceptées) s'est transformée en fibres. Quelques auteurs au contraire, RETTERER par exemple, admettraient volontiers partout entre les faisceaux une substance fondamentale solide ou demi-solide. Des observations récentes nous permettent de soutenir qu'une véritable substance fondamentale amorphe analogue à celle des vitrées existe jusque dans le tissu conjonctif lâche, mais en quantité relativement petite, et sans modifier beaucoup la texture fondamentale de celui-ci.

En étudiant le tissu de la rate nous avions remarqué que souvent des prolongements cellulaires entiers subissent la différenciation en substance précollagène amorphe. D'autre part, dans de petits foyers de tissu conjonctif lâche en voie de formation, situés au hile de l'organe ou dans son voisinage, nous voyons, par places, la plupart des prolongements cellulaires subir cette transformation en prenant généralement la forme lamelleuse. Ailleurs le tissu lâche est précédé de cellules serrées qui différencient chacune une coque de précollagène, puis se rétractent dans cette coque, dont les restes déchirés contribuent encore à former des lamelles amorphes. Il en résulte qu'à un moment donné le tissu conjonctif lâche est formé par un feutrage de ces minces lamelles, déchiquetées, anastomosées entre elles, en contiguïté ou en continuité de place en place avec des cellules ramifiées. Entre temps les fibres se sont développées, dans la substance amorphe, et y sont restées contenues; chaque lamelle en contient plusieurs.

Partant de là, isolons chez l'adulte (j'indiquerai ailleurs la technique), les plus minces lamelles de tissu lâche qu'il soit possible d'obtenir, et nous verrons qu'elles sont constituées non pas seulement par un feutrage de fibres nues, comme on tend à l'admettre en général, mais par des fibres incluses dans une mince couche de substance amorphe, qui les relie, absolument comme dans le mésentère, et qu'on démontre de la même façon (perimysium interne, adventice de l'aorte). Ces lamelles sont souvent étroites, rubanées, souvent aussi larges de plusieurs millimètres, et se laissent étirer considérablement avant de se rompre. Par places elles sont trouées, ou même réduites à l'état de dentelle. Elles s'anastomosent entre elles à la manière d'un système de tentes, ou comme les lames d'un gâteau feuilleté; mais les espaces qu'elles délimitent sont largement communiquants. Chaque plan de fibres est contenu dans une de ces membranules; les fibres ne paraissent jamais nues, mais toujours entourées au moins d'un mince manteau de substance amorphe. Ces observations nous permettent de rendre à la substance fondamentale amorphe du tissu conjonctif la place qui lui est due, sans changer essentiellement la conception classique de RANVIER. Le tissu conjonctif lâche reste toujours un feutrage dont les interstices sont imbibés de lymphe interstitielle comme la mèche de coton d'une lampe est imbibée d'huile. Seulement ce feutrage est constitué par l'entrecroisement de rubans et de membranules amorphes plus ou moins découpées ou ajourées, plus ou moins larges, contenant les fibres dans leur épaisseur, presque exclusivement constituées par ces fibres là où elles sont nombreuses et serrées. Notre conception actuelle se rapproche donc beaucoup de celle du tissus conjonctif lamelleux (périnèvre) tel qu'il a été décrit par RANVIER, mais avec des lamelles incomplètes et de larges et faciles communications entre les espaces qu'elles délimitent. C'est d'ailleurs la première idée qui est venue à l'esprit de tous les auteurs en examinant du tissu sous-cutané à l'œil nu (fascia superficialis); on le décrit comme constitué de lamelles superposées et entre-croisées, séparées par des espaces qui se laissent distendre par l'œdème ou l'emphysème. Seulement ces lamelles, relativement grossières, sont elles-mêmes généralement décomposables en membranules plus fines, qu'on croyait uniquement formées d'un feutrage de fibres nues.

Cette digression nous a permis de nous faire une idée plus complète peut-être des substances fondamentales, mais nous a éloignés de celle du cartilage qui nous intéressait plus spécialement: revenons-y maintenant.

Une question vient fatalement à l'esprit. Quels sont les rapports de la substance fondamentale du cartilage avec les cellules? Quelle parenté? Quelles relations fonctionnelles existent entre ces deux éléments constitutifs?

Depuis longtemps, on a admis que la substance fondamentale doit son existence à l'activité formatrice des cellules. STRASSER en a donné les preuves (1879) en suivant l'histogénèse du cartilage chez les Batraciens. Plus récemment, HANSEN, SCHAFFER, STUDNICKA (1897-1901) ont suivi les détails du processus. Les deux derniers, s'adressant surtout au cartilage très pauvre en substance fondamentale des Cyclostomes (*Lamproie*) ont montré qu'à l'origine les cellules seules existent, serrées, ou même fusionnées en un syncytium à noyaux multiples. A un moment donné, entre les cellules voisines (ou les terri-

toires uninucléés), apparaissent des cloisons minces (1), assez réfringentes. Leur ensemble, peu à peu épaissi, représente l'ébauche de la substance fondamentale. Mais ce n'est pas encore du vrai cartilage, car cette substance n'est pas encore basophile, ne se teint pas par l'hématoxyline; c'est simplement sans doute du collagène, non encore imprégné de chondro-mucoïde. Aussi l'appelle-t-on *précartilage*, jusqu'au moment où apparaît la basophilie. Chaque cellule tend, outre cette substance commune qui forme un complexus alvéolaire, à s'entourer peu à peu d'une capsule ou d'une série de capsules, constituées de substance fondamentale.

Dans le cartilage hyalin des animaux supérieurs, les rapports sont plus complexes et encore insuffisamment connus. La basophilie disparaît par places; la substance fondamentale subit évidemment des transformations multiples. C'est ainsi qu'autour des cellules ou groupes de cellules, Mörner (1899) a pu teindre de façon différente du reste des territoires de substance fondamentale (territoires capsulaires) qu'il appelle *Chondrinballen* (boules de chondrine). MORAWITZ (1902) réussit, par macération dans la potasse, ou par digestion, à isoler, ou plutôt à dissoudre ces amas constitués d'une matière moins résistante, et le reste de la coupe forme une sorte de dentelle. Mais ce sont là des détails intimement liés à des modifications chimiques secondaires du tissu, sur lesquelles nous savons encore bien peu de chose. Laissons-les de côté pour revenir à des considérations plus générales.

Bien que les auteurs emploient fréquemment le mot de sécrétion, il semble que, dans la formation de la substance fondamentale, il s'agisse bien d'une véritable différenciation sur place des couches superficielles du protoplasma, lors de l'apparition des premières cloisons intercellulaires. La substance fondamentale paraît donc due à une différenciation, à une transformation du protoplasme (WALDEYER), et nombreux sont les auteurs qui ont admis, plus ou moins nettement, qu'une fois formée, elle conserve une certaine vitalité, qu'elle n'est pas absolument inerte. Récemment quelques-uns ont été plus loin, et se sont refusés à la séparer de la cellule qui lui a donné naissance.

Rappelons d'abord par exemple les idées de RETTERER. Dès 1896, il considérait le tissu conjonctif, et plus tard, 1899 *(Société de Biologie)* le cartilage comme constitués à l'origine par un « plasmode » ou syncytium à noyaux serrés, sans trace de limites cellulaires dans la masse commune de protoplasme. Bientôt la partie de celui-ci voisine de chaque noyau se densifie, reste seul granulée et colorable; les parties les plus lointaines se hyalinisent. Il appelle l'ensemble de celles-ci « hyaloplasme », c'est la substance fondamentale des auteurs, et la première « portion chromophile » ou « zone périnucléaire », c'est la cellule des classiques. Pour lui le cartilage adulte reste par conséquent un plasmode, et ce que nous appelons cellule n'a que la valeur d'une sorte d'*endoplasme*.

C'est le mot qu'emploie HANSEN (*Anatomischer Anzeiger*, T. XVI, 1899). Suivant le développement du fibro-cartilage des disques intervertébraux chez des fœtus déjà âgés, il en trouve la partie centrale encore à l'état de tissu muqueux à cellules ramifiées anastomosées. D'après lui, des fibrilles conjonctives commenceraient à se former dans l'intérieur même du corps cellulaire et de ses prolongements. Puis la partie périphérique du protoplasme se différencierait en un « ectoplasme » très réfringent, presque homogène et conserverait bientôt seule la propriété de former des fibres : ce serait l'ébauche de la substance fondamentale. La partie périnucléaire ou « endoplasme », resterait seule granuleuse, perdrait ses prolongements, s'arrondirait, et finalement s'entourerait d'une capsule, différenciée aux dépens de la couche d'ectoplasme la plus interne et la plus récente. L'ectoplasme resterait vivant et capable d'élaborer comme la cellule proprement dite (endoplasme) des fibrilles collagènes, et de la substance chondromucoïde. On peut donc, dit-il, se figurer le cartilage hyalin comme une sorte de syncytium avec ectoplasme commun.

A l'inverse de HANSEN, qui reste sur la réserve, STUDNICKA (Anatomische Hefde, Hft. 67, 1903) se jette avec ardeur dans la théorie syncytiale, qu'il appuie sur toute une série de faits extrêmement intéressants. Il invoque d'abord le mode d'apparition de la substance fondamentale au cours du développement, c'est-à-dire des premières cloisons intercellulaires, pour affirmer que celle-ci a bien la signification d'un exoplasme. Comme l'avait déjà fait SCHAFFER, il montre que certains éléments (cellules intercalaires de SCHAFFER) peuvent d'ailleurs se transformer *in toto* en substance fondamentale. Mais pour nous amener peu à peu à partager ses vues, il insiste surtout sur la comparaison du tissu cartilagineux avec les diverses variétés du tissu de la corde dorsale, où l'on trouve toute une série de transition.

La corde dorsale ou notocorde est, comme on le sait, le cordon cellulaire qui précède la colonne vertébrale cartilagineuse, c'est-à-dire qui constitue l'axe autour duquel s'édifie la série des corps vertébraux. Chez les vertébrés inférieurs, elle peut constituer à elle seule l'axe squelettique (Amphioxus) où persister au centre de la colonne jusqu'à un certain âge, parfois jusqu'à l'âge adulte. Elle est constituée par un tissu particulier, formé généralement de grosses cellules vésiculeuses, à paroi épaisse, et très largement vacuolisées, à la façon des cellules végétales. Mais chez les Poissons osseux, VON EBNER a montré qu'il existait souvent aussi des cellules non vacuolisées, qu'il a

(1) Une cloison commune, unique par conséquent, entre deux cellules voisines, et non une capsule séparée pour chacune d'elles.

appelées épidermoïdes, parce qu'elles ressemblent aux éléments épidermiques. Entre elles et les autres, STUDNICKA trouve toutes les transitions, et c'est sur leur étude comparative, entreprise chez un grand nombre d'espèces, qu'il se base pour établir sa théorie. Il nous montre que dans les points constitués de cellules épidermoïdes, ces éléments sont nettement séparés les uns des autres par d'étroits espaces vides (ou plutôt remplis de liquide) et réunis seulement par une série de pointes dont ils sont hérissés (Stachelzellen), formant entre eux de minces ponts d'union filamenteux ou lamelleux. C'est absolument ce qu'on trouve dans l'épiderme.

Or, dans l'épiderme déjà, et d'une façon générale dans les épithéliums pavimenteux stratifiés, les couches périphériques du protoplasme, auxquelles appartiennent ces pointes, sont différenciées en une sorte d'*oxoplasme* plus dense et plus colorable. Dans l'épithélium buccal de la Chimère notamment, cet exoplasme est exceptionnellement épais, et bien limité; il peut atteindre en certains points la moitié de l'épaisseur du corps cellulaire.

La cellule cordale se distingue de la cellule épidermique par deux processus particuliers. C'est d'abord qu'elle a une tendance plus ou moins marquée à se vacuoliser. C'est ensuite que l'exoplasme, d'abord très mince, peut, dans les éléments épidermoïdes surtout, augmenter au point de constituer la majeure partie du corps cellulaire, et même jusqu'à étouffer parfois l'endoplasme aux dépens duquel il se forme, rétrécissant peu à peu, par sa différenciation progressive, l'espace qu'il occupe. L'endoplasme en se retirant s'arrondit, de sorte qu'à un faible grossissement les minces espaces de séparation des exoplasmes disparaissant, on a sous les yeux un tissu qui paraît constitué d'une masse de substance fondamentale (ensemble des exoplasmes) où se trouveraient incluses de place en place de nombreuses cellules rondes (endoplasmes). Il arrive même (queue de la jeune anguille) que les exoplasmes, serrés l'un contre l'autre, se fusionnent réellement, et forment par conséquent une sorte de syncytium exoplasmique, une véritable substance fondamentale, où les endoplasmes inclus représentent à eux seuls des éléments cellulaires bien limités. En quoi ce tissu diffère-t-il alors du cartilage hyalin, demande STUDNICKA ? uniquement en ce que, dans ce dernier, les exoplasmes se sont trouvés fusionnés dès le début.

Aussi espère-t-il, en faisant ce rapprochement, en nous montrant ces transitions graduées, vaincre les répugnances que nous pourrions avoir à considérer le cartilage hyalin comme un véritable syncytium dont les exoplasmes se sont fusionnés pour former ce qu'on appelle généralement la substance fondamentale. Mais les limites de chaque territoire cellulaire ne sont plus dans ce cas au pourtour de l'endoplasme ; elles se trouvent en plein exoplasme, à mi-chemin environ entre deux noyaux voisins. C'est le territoire limité par des lignes conventionnelles ainsi tracées qu'il appelle la *Gesammtzelle* (la cellule totale), et auquel il voudrait que nous réservions le nom de cellule.

Suivrons-nous jusque-là l'auteur tchèque ? Non, assurément, car il nous semble impossible dans la pratique de donner un nom aussi nettement défini à un territoire qui n'existe que dans notre imagination. Les limites conventionnelles que nous tracerions seraient évidemment fausses, dans les cartilages surtout où des cellules intercalaires se sont transformées en totalité en substance fondamentale (exoplasme) et où leurs noyaux, qui nous serviraient de repères, ont eux-mêmes disparu. Nous ne pouvons, dans la description, dans l'enseignement, appeler cellules que les endoplasmes qui, eux du moins, ont des limites nettes.

Mais cette réserve faite, il faut reconnaître que STUDNICKA rend un grand service en rapprochant par l'étude de ces transitions graduelles les substances fondamentales des exoplasmes, en mettant en lumière leur valeur et leur origine exoplasmique, plus nettement encore que ne l'avaient fait RETTERER et HANSEN.

Il peut en conclure avec plus d'autorité que la substance fondamentale est bien réellement vivante. Pour lui, en effet, c'est encore du protoplasme, ayant seulement subi un certain nombre de modifications. Pour le prouver il insiste sur quelques faits. C'est par exemple la transition ménagée qu'on trouve entre endoplasme et exoplasme dans la corde dorsale de certains poissons (anguille adulte). C'est cet autre fait qu'en certains cas, toujours dans la corde, l'exoplasme n'est plus relié à l'endoplasme que par quelques filaments et pourtant il continue de croître en épaisseur. Il possède donc un pouvoir d'accroissement propre.

Evidemment la substance fondamentale du cartilage est plus complexe, plus différente du protoplasme d'où elle provient, et nous ne voyons pour notre part aucun inconvénient à continuer de l'appeler substance fondamentale, mais les travaux des auteurs que nous venons de citer ont ceci d'excellent, c'est qu'ils réagissent contre une tendance trop fréquente à considérer comme inerte dans l'organisme tout ce qui n'est pas nettement protoplasmique. Que ces substances possèdent une vitalité peu marquée, ralentie, qu'elles ne soient pas capables de persister longtemps après la mort des cellules voisines, cela semble évident ; mais il y a loin de là à les considérer comme incapables d'assimiler et de croître, comme absolument passives, comme *mortes* même, comme l'ont dit certains auteurs (WEIGERT 1896). Aussi, après l'analyse des travaux de HANSEN, voit-on FLEMMING (*Nouveau manuel d'Embryologie comparée de* HERTWIG) se défendre d'avoir jamais partagé les idées de WEIGERT, et reconnaître que la substance

intercellulaire est due à une sorte de fusion des « ectoplasmes », qui restent encore relativement longtemps capables de processus vitaux, notamment de la formation de fibres.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé tout ce qu'on pourrait dire sur le cartilage ou à propos du cartilage, mais ce n'était pas notre but. Nous limiterons donc ici cette simple causerie d'histologiste en vacances, heureux si nous avons pu être utile à quelques-uns de nos confrères, en les tenant un peu au courant de l'évolution de questions dont l'aspect se renouvelle chaque jour.

Appendicite et tuberculose

par M. le médecin principal **Moty**, agrégé du Val-de-Grâce.

La question des rapports entre la tuberculose et l'appendicite peut se présenter sous bien des aspects : tout d'abord celui de la nature tuberculeuse d'une appendicite donnée, en second lieu celui du diagnostic entre une appendicite et une tuberculose péritonéale, en troisième lieu, enfin celui de l'influence réciproque de l'appendicite et de la tuberculose l'une sur l'autre.

C'est ce dernier point de vue que je me propose surtout d'étudier ici, et il est lui-même fort complexe comme je vais essayer de le démontrer.

Un malade se présente à l'examen, souffrant depuis assez longtemps de bronchite et dyspepsie avec constipation; il a notablement maigri, mais il ne signale de lui-même aucun trouble grave du côté de son tube intestinal. Le médecin mis en présence de ce cas songe d'abord à la tuberculose, qui est la cause habituelle de ces déchéances organiques lentes sans cause apparente positive et bien que l'examen des poumons reste douteux et celui des crachats négatif, il se confirme dans son opinion et considère la maladie comme une de ces tuberculoses pulmonaires torpides sans symptômes positifs que l'on rencontre si souvent dans la pratique. Mais son diagnostic est incomplet ou erroné et son tact médical l'en avertit quelquefois.

L'observation suivante met en relief ces difficultés de diagnostic.

L. G., soldat au 119e d'infanterie, entre à l'hôpital militaire St-Martin, le 5 mars 1902, pour « tuberculose pulmonaire », il n'a que quatre mois de service et son poids de 51 kilos, à son arrivée au corps, est descendu à 46 kilos, au moment de son entrée.

Profession, maçon. Antécédents, érysipèle en 1900, constitution faible.

L'examen du poumon me laisse dans l'incertitude, et je suis amené à interroger le malade dans un autre sens ; il a eu vers le 15 février des douleurs dans la fosse iliaque droite sans diarrhée ni constipation, ni vomissements et depuis lors il s'est mis à tousser.

Actuellement douleurs à la palpation dans la fosse iliaque droite où l'on perçoit un cordon dur profond allongé parallèlement à l'arcade crurale, le toucher rectal confirme la présence d'un point sensible dans la profondeur de la région iliaque.

L'examen des selles reste négatif au point de vue des œufs de parasites.

On prescrit un régime léger avec quatres grammes de sous-nitrate et bismuth par jour ; au bout de deux semaines le poids remonte à 47 k. 700 et je me décide à ne pas différer davantage l'intervention.

Le 21 mars, chloroformisation en raison des adhérences probables de l'appendice ; on trouve celui-ci remonté en dehors du cœcum, turgide, mais assez facile à isoler, on sectionne le méso au-dessus d'une pince, on écrase la base de l'appendice avec une pince de Kocher, on la lie en catgut et on la sectionne entre deux pinces avec le thermocautère ; ligature du méso, réunion complète. La muqueuse de l'appendice présente de petites ecchymoses mais pas de corps étrangers. Vomissements le 21 et le 22. La température reste à peu près normale.

Le 1er avril ablation des sutures, suppuration superficielle assez abondante sous la peau réunie, désunion des lèvres de l'angle inférieur de la plaie, pansement avec quelques gouttes de naphtol camphré.

Le 5 avril poussée de cystite avec globules rouges dans les urines ; un petit noyau d'épididymite tuberculeuse est découvert du côté gauche. Traitement par l'arséniate de soude à fortes, doses 2 à 3 centigrammes, et le benzoate de soude en potion de 4 grammes.

Le 2 mai, curetage de la plaie abdominale et réunion secondaire au catgut.

Le 13 mai, les phénomènes de cystite se sont amendés mais l'urine reste trouble.

Le 16 mai, réunion complète de la plaie. Réformé temporairement en juin.

Revu le 1er juillet 1903 par M. le médecin-major Mitry, qui veut bien me faire parvenir quelques détails sur son état, « il travaille régulièrement depuis deux mois, son état général est très satisfaisant, il ne paraît pas très robuste, mais il est bien musclé, un peu maigre.

» Rien à noter du côté de la cicatrice un peu large mais résistante (L. ne porte pas de ceinture) rien à la palpation.

» En mars L... a ressenti un peu de ténesme vésical faisant craindre le retour de la cystite, mais ce symptôme n'a pas persisté. Miction normale.

» Quelques poussées de laryngite à la suite de refroidissements mais pas de toux, l'auscultation ne révèle aucun symptôme pulmonaire. »

En résumé état de santé médiocre mais bien meilleur qu'au moment du départ en congé et aucune manifestation tuberculeuse caractérisée.

Voici donc un cas où la tuberculose et l'appendicite se mélangeaient d'une manière inextricable ; le médecin qui avait diagnostiqué « tuberculose pulmonaire

avait fait un diagnostic incomplet et inexact en apparence, mais en faisant moi-même le diagnostic d'appendicite je péchais par le même défaut et je ne fus éclairé que par l'apparition de la cystite. Je ne veux retenir ici que le point suivant : l'état de santé de L. a continué à s'améliorer et sa tuberculose passe à l'état latent, la suppression de son appendice lui a donc été utile.

Je vais résumer maintenant l'observation d'un homme touchant à la cinquantaine, fortement arthritique et qui souffrait depuis 6 à 7 ans d'une appendicite ignorée quand il fut pris de sueurs nocturnes, avec mictions fréquentes et présenta un petit noyau d'épididymite tuberculeuse à droite ; les symptômes certains d'appendicite n'apparaissent que trois ans plus tard et à cette époque les symptômes généraux et vésicaux avaient depuis longtemps disparu, mais le noyau épididymaire persistait ; l'appendicite fut opérée et cette dernière lésion rétrocéda à son tour. Dans ce cas il me semble que l'appendicite très ancienne a fini par déterminer une déchéance organique qui a permis à une tuberculose latente d'évoluer assez pour devenir manifeste.

Je ne possède que ces deux observations ayant trait à l'association de l'appendicite simple et de la tuberculose ; mais il est évident que l'on ne saurait en déduire que mes autres opérés ou malades d'appendicite (une centaine environ) étaient absolument indemnes de tuberculose; il est peu d'hommes dans nos grandes villes qui ne soient porteurs de foyers tuberculeux plus ou moins enkystés, plus ou moins torpides, et il est à présumer que mes malades suivaient la règle commune, seulement l'appendicite s'étant manifestée par poussées successives de courte durée, sans détruire la force de résistance de l'organisme, aucun symptôme certain de tuberculose n'avait eu le temps de se modifier.

Quoi qu'il en soit, je suis porté à tirer des deux observations ci-dessus les conclusions suivantes :

1° Abstraction faite des typhlites et appendicites tuberculeuses proprement dites, l'appendicite chronique s'associe de temps à autre à la tuberculose de manière à rendre le diagnostic très difficile ; il y a donc lieu, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une déchéance organique progressive sans cause définie, surtout entre la 15e et la 30e année, à rechercher s'il n'existe pas, à côté d'une tuberculose incertaine, une appendicite latente d'autant plus probable que les alternatives de diarrhée et de constipation sont plus accusées.

2° L'appendicite chronique entraîne à la longue des troubles digestifs de nature à favoriser l'évolution d'une tuberculose latente, mais les troubles digestifs symptomatiques d'un début de tuberculose se traduisent très rarement sous forme d'appendicite franche.

3° Les lésions tuberculeuses devenues plus ou moins apparentes à la faveur d'une appendicite rétrocèdent quelque temps après l'ablation de l'appendice, c'est-à-dire dès que les fonctions digestives se sont rétablies.

Telles sont mes opinions actuelles; j'admets bien que toute appendicite chronique prédispose à la tuberculose, mais je crois que dans les deux cas rapportés plus haut la tuberculose était déjà dans la place et que l'appendicite n'a joué que le rôle d'agent révélateur. Quant à la question de savoir si la suppression de l'appendice prédispose d'une manière générale à la tuberculose, nos deux observations semblent y répondre nettement par la négative. J'avoue d'ailleurs que je n'ai pas une opinion bien arrêtée à ce sujet, deux observations ne suffisant pas à trancher une question comme celle-là ; mais je dois faire remarquer que les observations de tuberculose améliorée par l'ablation de l'appendice sont beaucoup plus significatives que les observations contraires, car on pourra toujours objecter à ces dernières que la tuberculose constatée n'a aucun rapport avec la suppression de cet organe, rien ne démontre en effet jusqu'ici que la tuberculose soit plus fréquente chez les opérés d'appendicite que chez les autres sujets.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, par BOURNEVILLE, 7e édition, revue et augmentée. Paris, in-18 jésus 1903. *Progrès Médical*, éditeur.

Collaborateur à cet ouvrage, nous ne saurions en faire l'éloge. Toutefois nous avons bien le droit de faire remarquer qu'il en est à sa septième édition et que, par conséquent, il est à croire qu'il a donné satisfaction à un besoin réel.

Il comprend actuellement cinq volumes portatifs et adaptés, croyons-nous, au but poursuivi. Ce but consiste à intéresser le personnel des infirmiers et des infirmières, disons mieux, toutes les personnes qui ont à soigner des malades aux choses de la médecine. Ainsi que dit M. BOURNEVILLE,

« notre but à tous, et nous ne nous en sommes jamais » écarté depuis 25 ans, a été de faire des infirmiers et des » infirmières dévoués, instruits, habiles, en évitant avec » le plus grand soin de leur laisser croire qu'ils sont eux- » mêmes en mesure de se substituer aux médecins dont » ils doivent rester les auxiliaires scrupuleusement obéis- » sants. »

On trouvera donc dans ces volumes des leçons de choses sur l'anatomie et la physiologie (tome I) ; l'administration et la comptabilité hospitalières (tome II) ; les moyens, procédés, appareils en usage pour traiter les affections médicales et chirurgicales (tome III, intitulé pansements, et tome IV plus particulièrement consacré aux femmes en couches, aux aliénés, aux médicaments) ; l'hygiène (tome V).

En traçant aux infirmiers et garde-malades les grandes lignes de la structure et du fonctionnement du corps humain, on ne fait autre chose que ce que font les écoles professionnelles à l'égard des ouvriers. En résumant et décrivant les moyens à employer pour remédier aux désordres de l'organisme, en en montrant le mécanisme, on les familiarise avec leur tâche de chaque jour. Quant à l'hygiène, il est évident qu'elle est la base non seulement de la thérapeutique et de la pratique hospitalière, mais encore de la Société même. Cent quatre-vingt-treize figures et un petit dictionnaire objectivent toutes les descriptions. Sous la rubrique administration et comptabilité hospitalières, on trouvera l'histoire et l'organisation de l'assistance publique, des écoles municipales d'infirmiers et infirmières, des hôpitaux et hospices de Paris ; les devoirs du personnel secondaire à l'arrivée du malade et pendant son séjour à l'hôpital ; les qualités professionnelles indispensables.

P. KÉRAVAL,
Médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Le charlatan Nardenkœtter et le Dr Kronheim (de Berlin)

Le charlatan NARDENKŒTTER, de Berlin, vient d'être condamné à trois ans de prison et quelques milliers de marks d'amende. Son procès a été un des plus amusants qu'on ait vu depuis longtemps. Nardenkœtter avait dépensé, depuis quatre ou cinq ans, plus de quarante mille marks en boniments et réclames qu'il répandait surtout en province. « Tant qu'il y a de la vie il y a de l'espoir », telle était la devise — classique, d'ailleurs — qu'il imprimait en tête de ses prospectus. Il prétendait guérir les maladies incurables, et spéculait sur les patients abandonnés des médecins. A ce jeu, il gagnait de nombreux marks par an ! C'est du moins ce qu'il avouait aux agents du fisc ; et on sait que ces déclarations, soi-disant sincères, qui servent à établir la base de l'impôt sur le revenu, sont presque toujours en deçà de la réalité.

Aucune illustration de la médecine ou de la chirurgie à Berlin ne faisait d'aussi brillantes affaires que ce vendeur d'orviétan ! NARDENKŒTTER n'était pas même un fruit sec de la médecine. Il avait tout juste les connaissances et l'expérience d'un *commis pharmacien* : ce qu'il avait été ; il n'avait aucun diplôme. Comme il n'avait aucun parchemin, il s'était attaché, moyennant 150 marks par mois, un jeune médecin besoigneux, le Dr KRONHEIM, qui signait les ordonnances. De ce fait, ce complice a été condamné à deux ans de prison. Ce qui est vraiment injustifié !

Naturellement, NARDENKŒTTER avait inventé des spécifiques souverains ; et il vendait ses pilules et drogues à des prix fabuleux. Chaque jour il recevait un courrier de ministre : des centaines de lettres dont la plupart contenaient de l'argent (On traitait surtout par correspondance). Mais c'était invariablement les mêmes remèdes qu'on envoyait à chacun des différents malades. NARDENKŒTTER recommandait qu'on lui envoyât des urines pour fixer son diagnostic. Jamais ces urines n'étaient analysées.

La condamnation de NARDENKŒTTER était certaine. Cela ne l'empêcha pas de demander, au cours des débats, sa mise en liberté sous caution. On croyait que la cour refuserait. Mais, à l'étonnement général, le tribunal de Berlin (1) accorda la mise en liberté, sous une simple caution de 15,000 marks, somme insuffisante pour retenir un simple filou, qui a amassé et mis en lieu sûr plus d'un demi-million. Aussi NARDENKŒTTER, *que la police semble avoir surveillé bien légèrement*, a-t-il prévenu le jugement et mis la frontière entre le tribunal et lui, entre deux audiences. Il a été condamné par défaut ; *il va jouir à l'étranger de son industrie et de la crédulité de ceux qu'il a tués ou guéris*. Si l'inaction lui pèse, il rouvrira ailleurs son cabinet de consultation, et nul doute qu'il ne retrouve le même crédit et le même succès !

Il y a eu un tolle général contre la police et la magistrature ; l'affaire a été jusqu'à la Chambre où on interpellait, il y a quelque temps, le ministre de la Justice. *Celui-ci, comme d'usage, a disculpé et couvert ses subordonnés, et a déclaré que pas un d'eux ne s'est rendu coupable de négligence.*

Le plus à plaindre dans cette histoire, avec le médecin qui n'a pas filé, c'est encore la *Grune Minna*, une mondaine qui a joué un certain rôle dans la vie aventureuse de NARDENKŒTTER. Elle avait demandé à son ami une recette pour se blondir les cheveux. Aussi fort en chimie qu'en médecine, le charlatan avait composé pour la belle enfant une mixture si absurdement combinée qu'à l'usage, les cheveux de Minna avaient pris instantanément une teinte verte ! De là le surnom printanier, décerné dans le monde où l'on s'amuse, à la pauvre fille inconsolable : *die grune Minna*, Minna la Verte (*Temps*).

Et dire que c'est encore le vrai médecin, qui seul a « écopé » en cette affaire ! — *Nihil novi sub sole... in Deutschland !* (*Gaz. méd. de Paris*).

(1) A l'imitation de ceux de France, d'ailleurs, qui bien des fois ont donné de tels exemples.



ALCOOLIA

Il faut lire, dans les journaux d'Outre-Manche, les « trucs » nombreux auxquels ont recours les « misses » et les « ladies » pour satisfaire leur peu noble passion.

Ecoutez cette anecdote édifiante racontée par un docteur d'Oxford :

« Une de mes clientes avait perdu, à la suite d'un accident, l'index de la main droite ; pour cacher cette mutilation disgracieuse, elle se fit faire un doigt artificiel, tout ce qu'on put trouver de mieux, le « dernier cri » du genre. Une large bague dissimulait le point d'union du doigt postiche avec le moignon, et il fallait vraiment être averti d'avance pour remarquer l'artifice.

« Mais, tout de même, ce que ne devinaient pas les personnes qui étaient au courant de la supercherie, c'est ceci : le faux index était creux, et, quand elle allait dans le monde, la dame le remplissait d'eau de Cologne. Sous l'ongle, à l'extrémité de la dernière phalange, il y avait une petite soupape, que la succion ouvrait. Et lorsque dans un salon, en plein monde, la dame portait son index à sa bouche, d'un air innocent et pensif, elle satisfaisait tout simplement sa passion furieuse pour l'eau de Cologne. »

Un autre subterfuge, également percé à jour par un médecin londonien, est celui des *grappes de raisin en caoutchouc !!*

On ne comprend pas, au premier abord, l'attrait que peuvent avoir ces raisins artificiels, mais il faut savoir le fin mot de la chose : chaque grain de la grappe est formé d'une pellicule de caoutchouc, colorée en bleu noir, et remplie exactement de whisky, de gin ou d'eau de Cologne.

Vous voyez une belle et noble dame qui, dans sa voiture, ou à la campagne dans un pique-nique, croque les grains rebondis d'une superbe grappe de raisin noir ; vous admirez l'élégance et la délicatesse de ses gestes — et vous ne vous doutez pas que, quand elle porte son mouchoir à ses lèvres, c'est pour y dissimuler une mince membrane caoutchoutée, crevée sous la dent et vidée de son contenu alcoolique !

Mais regardez cette autre lady, qui porte à sa bouche l'extrémité de son éventail, un éventail de prix, superbe, tout constellé et chamarré ; vous ne vous apercevez pas que chaque branche de ce bel éventail est creuse et remplie d'une liqueur qu'un débardeur ne boirait pas sans grimace. Là aussi, une petite soupape s'ouvre sous l'action aspiratrice des lèvres, et la divine eau de Cologne vient doucement griser la pauvre monomane.

Une autre mondaine, la femme de lord K..., a toujours au corsage un bouquet superbe. Elle se penche de temps en temps pour en aspirer le parfum, derrière son éventail déployé. Personne ne remarque, même pas ses voisins de table, qu'à ce moment elle saisit avec ses lèvres un petit embout métallique, dissimulé au milieu des roses, et qu'elle aspire goulûment. Ce petit embout termine un tube de caoutchouc, qui pénètre sous la robe et correspond à un récipient, également en caoutchouc, rempli d'alcool, fixé et caché sous les vêtements.

A domicile, la buveuse est aussi obligée de ruser, pour satisfaire son vice à l'insu du mari ou des parents ; en ce cas, le piano devient une excellente « cave à liqueurs ». Tout récemment, un membre de la Chambre des pairs faisait accorder son piano, auquel on n'avait pas touché depuis la mort de madame, décédée subitement un an auparavant. Ce fut une révélation pour lord X... : il comprit alors pourquoi sa femme était morte si jeune et avait été si bizarre durant sa vie. La caisse du piano était garnie de flacons divers, plus ou moins entamés, qui n'auraient pas déparé les tablettes d'un bar américain !

L'Anglaise alcoolique boit aussi en voyage. Le fait est bien connu des hôteliers suisses, dont la clientèle, on le sait, est surtout composée de filles de John Bull. Interrogez l'hôtelier d'une pension de Vevey ou de Glion : il vous dira que telle miss au maintien rigide, que telle veuve coiffée du classique petit bonnet, qui, à la table commune, boivent avec ostentation de l'eau claire, possèdent dans l'armoire à glace de leur chambre, cachée sous leur linge, toute une batterie de flacons nationaux, pleins de gin ou de whisky.

Chaque soir, avant de s'endormir, la chaste miss et la veuve inconsolée leur donnent une vigoureuse accolade, à l'abri des regards curieux.

En Italie, en Allemagne, en Hollande, partout où voyagent les Anglaises, la cave dans l'armoire est devenue classique ; si bien que certains maîtres d'hôtel en sont arrivés à faire afficher dans leurs chambres le petit avis suivant : « *MM. les voyageurs sont prévenus qu'il est défendu d'introduire dans les chambres des liquides venant du dehors et qu'ils peuvent se procurer à l'hôtel même.* » *(Chronique médicale).*

NOUVELLES & INFORMATIONS

Société de Médecine de Toulouse

(Hôtel d'Assézat et de Clémence-Isaure)

PROGRAMME DES PRIX POUR 1904

PRIX DE Mme GAUSSAIL. — *Malformation congénitale des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical.* Valeur du prix : 600 francs.

PROGRAMME DES PRIX POUR 1905

PRIX J. NAUDIN. — *Des suppurations bacillaires chez les animaux.* Valeur du prix : 400 francs.

PRIX DE Mme GAUSSAIL. — *Des modifications de la moelle osseuse dans les infections.* Valeur du prix : 600 francs.

MÉDAILLES D'ENCOURAGEMENT

Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement :

vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des Statuts).

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONCOURS

Les Mémoires écrits *lisiblement*, en français, sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés *franco* à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (*Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure*, à Toulouse), *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les Mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le Secrétaire général *avant le 1er mars* de chaque année. Les Membres résidents de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours. Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Commission administrative des hospices civils de Lille, donne avis que le mardi 3 novembre 1903, à 8 heures du matin, il sera ouvert des **Concours publics pour la nomination de 5 élèves internes et de 20 élèves externes**, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les hôpitaux de Lille.

Ces concours auront lieu dans l'une des salles de l'hôpital de la Charité, devant des jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des hospices.

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS. — *INTERNAT*. — Les candidats devront : *a*) Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Etat, cinq jours au moins avant le 3 novembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise ; *b*) Déposer, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

Pourront seuls concourir pour les places d'internes : 1° Les élèves ayant rempli les fonctions d'externe des hôpitaux et hospices de Lille ; 2° Les élèves en médecine étrangers aux hôpitaux et hospices de Lille, ayant au moins douze inscriptions. Ne seront pas admis au concours de l'internat, les élèves ayant moins de 18 ans et plus de 28 ans.

EXTERNAT. — Les candidats doivent satisfaire aux conditions *a b* ci-dessus rappelées ; peuvent seuls concourir pour les places d'externes, les élèves ayant au moins quatre inscriptions ; les externes de deuxième année sont tenus de concourir pour l'internat sous peine de radiation.

MATIÈRES DU CONCOURS. — *INTERNAT* : *a*) Epreuve écrite sur l'Anatomie, la Physiologie, la Pathologie interne et externe. Quatre heures sont accordées au candidat ; *b*) Epreuve orale de dix minutes, après dix minutes de réflexion, sur la Pathologie interne ou externe ; *c*) Epreuve dite de garde, de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, sur l'Obstétrique, la Chirurgie d'urgence, etc.

EXTERNAT : *a*) Une composition écrite sur l'Ostéologie, l'Arthrologie et la Myologie. Deux heures sont accordées au candidat ; *b*) Une épreuve orale de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, sur la Pathologie interne ou externe élémentaire, et la Petite chirurgie.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — Les internes sont nommés pour trois ans et reçoivent chacun de l'administration : la première année six cent cinquante francs ; la seconde année sept cents et la troisième année huit cents francs. L'interne qui aura reçu la médaille d'or pourra être autorisé par la Commission administrative à faire une quatrième année d'internat, avec le même traitement que les internes de troisième année.

A la suite du classement des internes titulaires, le jury fera choix de cinq **internes provisoires** internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Cette liste est annulée à l'époque d'ouverture d'un nouveau concours.

Les externes sont nommés pour trois ans ; ils profitent de l'allocation précitée lorsqu'ils remplacent les internes pendant plus de dix jours.

Les internes et les externes sont nourris dans l'établissement lorsqu'ils sont de garde.

Notre Carnet

Notre excellent collègue, le professeur-agrégé VALLÉE, nous fait part de la naissance de sa fille YVONNE. Nous le prions d'accepter les meilleurs souhaits de l'*Echo Médical du Nord* pour Madame VALLÉE et pour la fillette.

— Récemment a été célébré à Touques (Pas-de-Calais), le mariage de M. le docteur René DE CASTÉRAS avec Mademoiselle Jeanne LE BRAS. Nous adressons à notre jeune confrère l'expression de nos meilleurs souhaits.

— Le 3 octobre a été célébré, à Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais), le mariage de M. le docteur Jules BORNAY, avec Mademoiselle Marie-Louise GOSSE DE GORRE. Nos meilleurs souhaits de bonheur vont aux jeunes époux.

— Nous apprenons avec plaisir le mariage de M. le docteur Edmond **Boulogne**, de Courrières (Pas-de-Calais), avec Mademoiselle Jeanne **Lambret**, et adressons nos meilleurs souhaits aux nouveaux mariés.

— Notre confrère le docteur Léon **Bertrand**, de Lille, nous fait part de son mariage avec Mademoiselle Joséphine **Février**, célébré à Givet, le 5 octobre. Qu'il reçoive nos meilleurs souhaits de bonheur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs **Lancelin**, de Paris ; **Devaugelade**, de Crépy-en-Valois (Oise) ; Albert **Regnard**, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur ; **Perrin**, du Raincy (Seine-et-Oise) ; **Brassac**, médecin inspecteur de la marine, en retraite ; **Leboucq** et **Glorie**, de Paris, noyés dans une promenade en mer, à Douarnenez ; **Hurpin**, de Caule Sainte Beuve (Seine Inférieure); **Morel**, président de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire ; **Fochier**, professeur de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Lyon, **Géneau de Lamarlière**, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Reims ; **Lacombe**, sénateur de la Charente ; **Catelan**, directeur du service de santé de Marseille ; **Laumonier**, de Vernoil-le-Fourrier (Maine-et Loire) ; **Remusat**, de Marseille (Bouches-du-Rhône).

BIBLIOGRAPHIE

De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre, par le docteur **Ferrier**, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce ; 1 volume in-18 de 148 pages, broché. — Librairie scientifique et littéraire F. R. de **Rudeval**, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe).

Dans ce livre sont exposées les conditions matérielles que l'hospitalisation des malades et des blessés en temps de guerre doit réaliser. Sous peine de compromettre les résultats de l'intervention médico-chirurgicale ces conditions matérielles doivent être, au point de vue de l'hygiène, toujours suffisantes, aussi l'auteur s'est-il préoccupé de les préciser et de les concilier avec l'urgence des besoins.

Ce livre représente donc tout à la fois une étude d'hygiène et une étude appliquée du service de santé en campagne. On y trouve, successivement envisagées dans leurs détails d'exécution, les parties principales de l'hospitalisation proprement dite (la mise à l'abri des blessés, leur couchage, leur alimentation, la prophylaxie des maladies contagieuses, les conditions de milieu pouvant faire varier l'hospitalisation, etc.), il s'adresse, par conséquent, à tous ceux qui sont plus spécialement appelés à s'occuper d'assistance aux blessés en temps de guerre ; aussi est-il susceptible d'intéresser non seulement les médecins militaires, mais encore les médecins de l'armée active et de l'armée territoriale et les membres des différentes sociétés de secours de la Croix Rouge.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille
40e Semaine, du 27 au 3 Octobre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	7	3
3 mois à un an	4	3
1 an à 2 ans	»	»
2 à 5 ans	1	2
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	2	7
40 à 60 ans	11	4
60 à 80 ans	9	6
80 ans et au-dessus	2	4
Total	38	31

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	2	»	1	»	»	2	9	11
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	1	1	»	1	»	»	4	18	17
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	5	9	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	8	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	1	»	1	»	»	»	6	12	10
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4	6	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	2	8
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	2	7	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	5
Total	»	»	»	»	»	»	»	3	3	7	7	»	»	11	4	1	3	»	»	30	60	117

N° 353. Septième Année. N° 42. Le Numéro : **10** centimes 18 Octobre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* **Union postale : 6 fr.**

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Polypes de l'œsophage

par le docteur **Aimé Bréhon**

Je remplaçais M. le docteur Victor MOREL à Campagne-lez-Hesdin, quand j'eus l'occasion d'observer un cas de polype de l'œsophage.

Ce cas était particulièrement intéressant, d'abord par sa rareté, ensuite par ce fait que le polype avait pu évoluer, et atteindre un volume énorme sans attirer l'attention du malade, enfin, parce qu'il fut rejeté spontanément dans la bouche, en restant attaché par son pédicule dans le conduit œsophagien. Voici l'observation :

G... Albert, 47 ans, de Wambercourt (Pas-de-Calais), est amené à l'hôpital du docteur MOREL, à Campagne-lez-Hesdin, le dimanche soir 3 mai, pour une tumeur qu'il vient de rejeter hors de la bouche, dans un effort de vomissement.

G... n'a jamais été malade. Mais, il y a dix ans environ, il avait très fréquemment le hoquet, un hoquet tenace qui fut pour lui une véritable obsession, pendant des mois.

En même temps, il avait quelque gêne à déglutir les aliments solides. « C'est comme si, disait-il, j'avais voulu avaler des morceaux trop gros. »

Du reste, hoquet et déglution difficile le gênaient si peu, qu'il ne consulta pas de médecin.

Pourtant, il y a quatre ans, comme G... causait avec un médecin, il lui raconta qu'il sentait parfois dans le fond de la gorge quelque chose qui le grattait.

Le médecin regarda, mais ne remarqua rien d'anormal.

Depuis quatre ans, le malade ne se plaignait point. Il travaillait et mangeait comme tout le monde. Le jour même de l'accident, il partit à son travail comme d'habitude, sans éprouver le moindre malaise.

A 1 heure 1/2, il revint, se mit à table, avala quelques cuillerées de potage, puis subitement : envie de vomir, rejet de soupe, de mucus, de sang même, et à la fin de l'effort, la tumeur jaillit hors de la bouche.

A huit heures du soir, je trouve le malade présentant une tumeur qui remplissait la bouche et qui pendait jusque sur le menton : Tumeur allongée, rouge, sanguinolente, sillonnée et ridée, — ayant l'aspect d'une langue tuméfiée ou encore celui d'un ris de veau frais.

La salive coule incessamment et à chaque instant le malade fait un effort comme pour vomir.

La parole est difficile, la respiration est normale.

L'examen de la bouche ne révèle rien de particulier : les amygdales et les piliers sont normaux ; le voile du palais est très mobile.

La tumeur repose sur la langue ; large et épaisse d'abord, elle va s'amincissant, devient rubannée et étroite à mesure qu'elle gagne le pharynx, dans lequel elle plonge sans contracter la moindre adhérence.

Je n'avais à ma disposition, ni laryngoscope, ni réflecteur ; je ne pouvais donc me rendre exactement compte du point d'attache du pédicule.

Mais je m'assurai que le larynx n'était pas en cause en immobilisant de la main gauche le cartilage thyroïde, et en faisant avec la main droite des tractions sur l'extrémité de la tumeur, je ne provoquai pas le moindre mouvement d'ascension du larynx.

Puis, comme je demandais au malade de m'indiquer sur son cou, l'endroit où la traction se faisait sentir, il

montra un point situé sur la partie antéro-latérale gauche à hauteur du bord inférieur du cartilage thyroïde.

Il n'y avait aucune adénopathie cervicale.

Le malade dut attendre plusieurs jours pour être délivré de son polype. D'abord, il refusa toute nourriture, mais quand sa grande frayeur fut apaisée, il réussit à s'alimenter avec du lait à l'aide d'un chalumeau.

Dès le lendemain de l'accident, la partie de la tumeur sortie de la bouche se flétrissait, pâlissait, se desséchait, et prenait une odeur désagréable.

Le malade fut opéré, avec l'aide du docteur Morel, par M. le docteur Pierre, de Berck, qui a bien voulu me décrire son intervention :

« Une pince de Museux étant placée sur la tumeur, » j'allai avec mon index à la recherche du point d'implan» tation. Il était assez bas, et à peine accessible, l'index » étant enfoncé aussi loin que je pouvais, environ à la



» hauteur du cartilage thyroïde, et à gauche de la ligne » médiane. N'ayant pas sur place de galvano-cautère, je » dus recourir à l'anse froide. Je pus glisser l'anse très bas, » et assez près du point d'implantation. Je serrai pro» gressivement et lentement, mais sans pouvoir sectionner » malgré que le pied du polype étranglé eût été réduit à » un très mince volume. Je plaçai un fil de soie au-delà de » l'anse, et, d'un coup de ciseaux, je sectionnai entre » deux. La ligature se détacha presque aussitôt ; et » pourtant il n'y eut pas d'hémorragie ; à peine quelques » crachats de sang.

» La ligature était certainement inutile.

» Le malade n'a pas été endormi ; il a été opéré assis » sur une chaise, et a relativement peu souffert, à peu » près comme pour l'ablation d'une amygdale.

» — La section n'a pas été faite exactement au ras de » la surface d'implantation, mais à quelques millimètres » en deçà, ce dont j'ai pu me rendre exactement compte, » en réintroduisant mon doigt dans la gorge, l'opération » finie.

Une recherche intéressante eût été de faire avec un explorateur muni d'une grosse olive, le cathétérisme de l'œsophage. Sans nul doute on l'eût trouvé dilaté, on y eût rencontré un vrai jabot dans lequel séjournait habituellement le polype..., on eût su aussi par la même occasion jusqu'à quel niveau descendait la tumeur.

Les suites de l'intervention furent des plus simples. Quatre jours après le malade sortait de l'hôpital du docteur Morel, et reprenait sa vie habituelle. D'après M. Varlet, aujourd'hui deux mois après l'opération, G... se porte à merveille, boit et mange de tout. Par l'exploration digitale du fond de la gorge, on trouve le moignon du pédicule très réduit et presque effacé : ce n'est plus qu'une simple rugosité de la paroi.

Examen de la tumeur, par M. le professeur Curtis. — La tumeur est en une seule masse, piriforme, très allongée. Des sillons couvrent sa surface.

Ses dimensions sont : Longueur 14 cent. 1/2. Largeur 4 cent. 1/2. Circonférence : 12 cent.

La section présente, à l'œil nu, une coloration blanche ; les tissus sont assez résistants, de consistance fibreuse.

Sur une coupe histologique, on constate les détails suivants : La surface du polype est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié très épais, mesurant environ 350 μ. Il repose directement sur le tissu de la tumeur qui forme une série de papilles irrégulières, mais en général basses et larges. — Tout à fait à la surface de l'épithélium existe une couche cornée très nette se colorant vivement en jaune par l'acide picrique.

Immédiatement au-dessous de cet épithélium, sans interposition d'aucun tissu lâche, se trouve la trame même du néoplasme. Celle-ci est constituée presqu'uniquement par des faisceaux de fibres lamineuses disposées en nappes parallèles à la surface, et entrecroisées en tous sens vers les régions centrales. C'est en vain qu'on cherche dans ce stroma conjonctif, la trace d'une fibre musculaire. Il n'en existe point ni striées, ni lisses, et l'on peut dire que dans son ensemble tout ce tissu néoplasique offre la constitution d'un véritable fibrome.

Toutefois, il y a quelques particularités.

1° Une foule de points où l'on trouve des agglomérations de tissu adipeux qui dissocient les fibres, s'interposent entr'elles.

2° Un très grand nombre de vaisseaux sanguins parcourent la tumeur. Ce sont des artérioles à parois musculaires épaisses, plus loin, des artérioles de petit calibre, très nombreuses, par places, pelotonnées et rassemblées par groupes, les unes à côté des autres ; des veines béantes encore remplies de sang ; par endroits même, de véritables hémorrhagies interstitielles ayant fusé entre les faisceaux conjonctifs.

3° Mais ce qui donne un aspect tout à fait spécial à cette tumeur, c'est, d'une part, la présence de nombreux îlots de prolifération cellulaire, et l'existence de nombreux points folliculaires lymphatiques.

Dans presque toute l'étendue de la tumeur existent entre les faisceaux conjonctifs des amas de cellules polygonales tassées les unes contre les autres, à noyaux légèrement excentriques, présentant en un mot les caractères des plasmacelles telles qu'on les rencontre dans tout tissu conjonctif enflammé. Ces nids de cellules s'étirent en cordons qui s'anastomosent entr'eux, et forment ainsi tout à travers le néoplasme, un réseau d'infiltration cellulaire. En outre, il existe dans toute l'étendue de la tumeur une foule de véritables petits follicules lymphoïdes, arrondis, avec, au centre, un petit amas d'éléments plus clairs, de plus grandes dimensions, rappelant les *centres germinatifs* tels qu'on les voit dans un ganglion lymphatique. Beaucoup de ces petits follicules sont, sur une partie de leur pourtour, entourés par un sinus lymphatique béant.

Il existe également de nombreux vaisseaux lymphatiques formant un réseau à travers toute la tumeur.

La recherche du système élastique donne des résultats négatifs. La coloration par le réactif de **Weigert** permet de constater qu'il n'existe pas de trame élastique continue dans l'épaisseur du néoplasme.

En un mot, il s'agit ici d'un fibro-lipome très vasculaire, et pourvu d'un système lymphatique très développé : points folliculaires nombreux et réseau de vaisseaux lymphatiques abondants.

Ce fibrome présente de plus, dans toute son étendue, une foule de foyers d'inflammation interstitielle, et, en quelques points, des petites hémorragies.

Les auteurs ont dû rapprocher les polypes du pharynx inférieur de ceux de l'œsophage, car il est difficile de ne pas confondre en une même étude les tumeurs pédiculées de toute cette portion du tube digestif qui va de l'épiglotte au cardia. En effet, s'il est des polypes qui naissent aux dépens de la muqueuse de l'œsophage, sont logés en entier dans ce conduit, et occasionnent là seulement des troubles fonctionnels, — il en est d'autres qui sont implantés à la limite du pharynx et qui occupent ordinairement l'œsophage. Le plus grand nombre même ont leur pédicule inséré nettement dans le pharynx à un niveau plus ou moins élevé, mais sont développés plus bas, descendant parfois jusqu'au voisinage du cardia. Inversement, comme le rapporte **Dallas**, on a vu un polype qui, parti de l'œsophage, est venu à un moment donné habiter le pharynx, et il se montrait jusque sur la langue à chaque mouvement de régurgitation.

On découvre parfois, dans le pharynx laryngé, de petits polypes. Ce sont là des tumeurs naissantes révélées par un examen précoce. Et si les troubles causés par ces tumeurs, étaient moins intenses, si elles se développaient chez des malades insouciants et qui négligeraient de consulter un médecin, il est probable que ces polypes se pédiculiseraient, et, entraînés par les mouvements de déglutition, gagneraient l'œsophage et s'y développeraient.

Historique.— Le premier cas de polype de l'œsophage a fait le sujet de thèse de **Sigismond Schmieder** en 1717. L'observation détaillée et fort intéressante se trouve rapportée par **Holler** dans son recueil : « *Disputationes ad Morborum* », publié à Lausanne en 1760.

Depuis cette époque, quelques exemples nouveaux isolés furent publiés successivement par **De Graaf**, **Sunins**, **Pringle**, **Monro**, etc... et en 1857 **Middeldorpf**, de Breslau, publia un travail « *De polypis œsophagi atque de tumore ejus generis primo prospere extirpato* » où l'on trouve une observation personnelle de l'auteur, fort détaillée, et enrichie d'une planche et d'une étude de la question faite d'après douze cas que possédait la littérature médicale.

Plusieurs parmi ces cas appartiennent au pharynx laryngé, et celui-là même rapporté par l'auteur a son point d'implantation en avant de l'œsophage, à hauteur du larynx.

Avant cette étude de **Middeldorpf**, **Gerdy**, en 1833, dans sa thèse de concours : « *Des polypes et de leur traitement* », avait aussi cité, au chapitre des Polypes internes, quelques observations fort intéressantes, notamment celle de **Monro**.

En 1853, **Follin**, dans sa thèse d'agrégation : « *Des rétrécissements de l'œsophage* », mentionnait des polypes de l'œsophage et du pharynx inférieur.

Depuis 1857, le nombre de cas cités de polypes du conduit pharyngo-œsophagien s'est accru. Il en a été rapporté un peu partout, dans les diverses sociétés et académies de médecine et de chirurgie.

Il faut citer, comme intéressant particulièrement l'œsophage, les cas de **Annandole**, de **Coats**, de **Blagoviechensky**, d'**Aplavin**, de **Lowe**, de **Minsky**, de **Targett**, de **Goob**, de **Glinski**, et enfin celui que nous avons observé nous-même.

Symptomatologie. — Rien n'est plus variable que la symptomatologie des polypes de l'œsophage.

Tout s'est vu, depuis une gêne très légère, jusqu'à des troubles ayant occasionné la mort.

Les *signes fonctionnels* attirent habituellement l'attention du malade. Ils sont en raison directe de la grosseur de la tumeur, de sa nature, et de son lieu d'implantation.

Si la tumeur siège sur la paroi antérieure du pharynx ou de l'œsophage, elle pourra atteindre un degré de développement considérable avant d'être une gêne profonde à la déglutition.

Car c'est surtout la *difficulté d'avaler* les aliments qui tourmente le malade. Le bol alimentaire ne peut progresser en dépit des plus grands efforts, en dépit de la division des aliments en tout petits fragments. « Les morceaux sont toujours trop gros », disait notre malade de Campagne-lez-Hesdin.

L'obstruction augmente à mesure que la tumeur s'accroît ; bientôt aucune parcelle solide ne peut pénétrer dans l'estomac ; le patient peut seulement absorber des liquides, et encore avec une extrême difficulté. Il consacre la plus grande partie de sa journée à s'alimenter.

Un autre signe fonctionnel fréquent est *la gêne de la respiration.* C'est parfois un simple hoquet ; d'autres fois, de la dyspnée. Le malade d'**Aplavin** eut de telles crises de suffocation que la trachéotomie fut nécessaire.

L'expulsion spontanée de la tumeur n'amène pas forcément de troubles respiratoires. Chez notre malade, le pédicule faisait anche au-dessus de l'épiglotte, et laissait absolument libre l'orifice supérieur du larynx. Mais le polype peut venir se cacher à la base de la langue et intercepter le passage de l'air : c'est alors l'asphyxie immédiate. Chez le malade de **Lowe**, la tumeur pénétra même dans la glotte et la mort survint.

Si, comme dans le cas de **Holt**, la tumeur est implantée sur l'épiglotte, cet organe se trouve dévié, et ne remplit plus son rôle : des parcelles du bol alimentaire pénètrent,

dès lors, dans les voies respiratoires, et le patient accuse à chaque repas de violents accès de *toux*.

La *voix* est généralement peu modifiée. Pourtant on a noté la raucité et même l'aphonie complète. Evidemment ces troubles sont en rapport avec la compression des nerfs récurrents, et avec l'oblitération des voies aériennes.

Certains auteurs ont signalé de la *douleur*, une sensation de cuisson en un point du conduit pharyngo-œsophagien : elle s'explique par ce fait que la pression détermine parfois une ulcération. Celle-ci sans cesse irritée peut donner naissance à des hémorrhagies : c'est là l'origine des *hématémèses* rapportées dans quelques observations.

Comme *signes généraux* on a noté la *fièvre* chez certains malades. Elle doit être due à la résorption de produits septiques au niveau de l'ulcération dont nous venons de parler.

Ce qu'il y a de plus fréquent, c'est l'*émaciation extrême*, la *cachexie* et le *marasme* ; le malade dépérit, puisqu'il ne peut s'alimenter, et il finit par mourir de faim.

Par l'*examen physique*, on peut constater la présence du polype. A l'inspection simple, on ne voit généralement rien. La cavité bucco-pharyngée est normale, le voile du palais fort mobile, les piliers et les amygdales n'ont rien de particulier. Dans le cou, on ne sent aucun ganglion. A l'exploration digitale, on peut trouver le point d'insertion du pédicule. Mais c'est à cette condition, que l'implantation se fasse dans le pharynx. A bout de doigt, on atteint avec peine l'entrée de l'œsophage.

Dans les mêmes conditions, le laryngoscope peut donner les mêmes renseignements.

Un phénomène singulier, mais qui a été observée plusieurs fois (Monro, Dallas, Caréno, Middeldorpf, Aplavin, Annandole, Minsky, Bréhon), c'est l'*apparition subite de la tumeur dans la bouche*, à l'occasion d'un effort de vomissement. Le plus souvent, la tumeur regagne d'elle-même le pharynx et l'œsophage dès que l'effort cesse. Parfois, le patient doit la réduire avec ses doigts.

Mais le polype peut être si long qu'il pend jusque sur le menton. On voit alors une sorte de langue, tuméfiée, pendante, rouge, constamment humectée par la salive qui s'écoule. On cherche la langue, on la trouve normale sur le plancher de la bouche, plus ou moins cachée par la tumeur.

Si le néoplasme s'est développé en plein œsophage, si son pédicule est fort court, l'affection ne sera pas reconnue. La sonde œsophagienne révèlera un rétrécissement, l'obstruction complète parfois, et ce sera tout. Pourtant Tonoli dit avoir eu la sensation d'une tumeur mobile avec la bougie exploratrice.

La symptomatologie des polypes de l'œsophage est donc en somme, celle des corps étrangers de cette région ; les troubles sont purement mécaniques.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces néoplasmes peuvent atteindre un volume considérable avant de manifester leur présence.

Où donc peuvent-ils se loger ? Les observations sont muettes sur ce point, bien qu'elles soient le plus souvent des rapports d'autopsie.

Si l'on considère les dimensions indiquées, on voit que, dans aucun cas, leur pédicule n'était pas assez long pour permettre à la tumeur d'habiter l'estomac.

Y a-t-il un diverticule congénital du conduit œsophagien, qui servirait de loge au polype ? On a soutenu récemment cette opinion.

N'est-il pas plus simple d'admettre que, à mesure que la tumeur grossit, les parois se distendent, le polype se crée une cavité dans laquelle il se loge, et la lumière du canal persiste longtemps suffisante. Mais à un moment donné, sous l'influence de contractions plus ou moins vives, elle peut être expulsée violemment comme dans un effort de vomissement.

Diagnostic. — Rien n'est plus facile parfois : il s'impose ; la tumeur est dehors, visible, palpable ; tel était notre cas.

D'autres fois, sans avoir cette évidence, il reste facile, possible en tout cas : c'est quand la tumeur est accessible à nos moyens d'exploration.

Il en est autrement, lorsque situé tout entier dans l'œsophage, le polype ne se manifeste que par des signes fonctionnels et nous verrons tout-à-l'heure les difficultés qu'il y a à le reconnaître.

D'une première façon donc, le polype a été rejeté dans la bouche — ou même fait saillie au dehors. Il peut tellement ressembler à la *langue* qu'on doit s'assurer tout d'abord qu'il ne s'agit pas de cet organe. On voit le pédicule disparaître dans le pharynx sans contracter la moindre adhérence, on s'assure de l'absence des ganglions, et on est immédiatement fixé sur la nature du néoplasme.

Il faut regarder de plus près, et user de divers moyens d'exploration quand le malade vient au clinicien avec, seulement, de la disphagie, de la difficulté de la respiration ou des troubles de la voix.

On aura alors recours à l'inspection simple, à l'exploration digitale, à la laryngoscopie et à l'œsophagoscopie.

Le laryngoscope montre la paroi antérieure du pharynx laryngé ; l'œsophagoscope permet de voir la paroi postérieure de ce conduit ; il éclaire même la portion initiale de l'œsophage.

Par ces procédés, on arrivera à reconnaître s'il existe une tumeur, quelle est sa forme, sa consistance, son point d'implantation.

Si la tumeur est fluctuante, ce ne sera pas un polype, mais peut-être un *kyste*. James, Schuchardt, Goschler rapportent des exemples de kystes séreux ou dermoïdes

ayant la forme polypeuse; — ou bien, si l'on sent des battements, ce sera un *anévrysme*, un *angiome*, comme dans les cas de Wolfenden, de Barnes.

On ne pensera au *Cancer* que pour le rejeter, si l'on n'a point d'adhérences dans le voisinage, si la tumeur n'est pas ulcérée, si le malade n'a pas le teint jaune paille caractéristique, s'il n'existe pas de ganglions dans le cou.

Une *gomme syphilitique* pourrait simuler un polype, mais l'examen complet du malade, ses antécédents, la marche de l'affection et au besoin le traitement pierre de touche, feront le diagnostic.

Lorsque tout fait penser à l'existence d'une tumeur bénigne solide, d'un polype plus ou moins développé il sera bon, s'il reste quelque doute et si c'est possible, d'avoir recours à la ponction avant d'opérer. Car elle serait fatale l'erreur du chirurgien qui sectionnerait un anévrysme croyant avoir affaire à un lipome.

Si la tumeur siège bas, on pourra, en se servant d'un miroir, à l'aide d'un crochet fin recourbé, faire une petite piqûre. La sensation que donnera la pointe en pénétrant fixera sur la nature de la tumeur.

James fit cette manœuvre sans le vouloir; comme il s'efforçait d'attirer dans le pharynx buccal une tumeur implantée plus bas, son crochet pénétra, il eut aussitôt la sensation d'une poche liquide; la tumeur s'affaissa peu à peu, et les troubles cessèrent. C'était un kyste qui s'était vidé.

Mais il est des cas où les recherches précédentes ne donnent qu'un résultat négatif. Le polype siège plus bas, dans l'œsophage; les seuls symptômes sont alors la dysphagie, et l'émaciation qui en résulte.

Dans ces cas, le cathéter est la dernière ressource, et il ne donne que des renseignements bien incomplets. Il nous dit, en effet, que l'œsophage est obstrué ou rétréci, pas autre chose. Il faut donc rechercher toutes les causes capables d'amener lentement et progressivement l'obstruction œsophagienne.

C'est pourquoi nous éliminerons d'emblée le *spasme de l'œsophage*, dont le début est ordinairement brusque. Toutefois, il faut remarquer que toute affection organique de l'œsophage peut produire de la contracture de ce conduit et il ne répugne pas à la raison d'admettre que le polype puisse amener de l'œsophagisme, quoique nous n'ayons trouvé nulle part ce symptôme nettement signalé.

Dans le *rétrécissement cancéreux*, la dysphagie mettra, non pas dix ans ou vingt ans pour s'établir, mais un ou deux mois au plus. On trouve des ganglions sous-claviculaires et cervicaux. La cachexie est caractéristique, la sonde ramène du sang ou des fragments de tumeur qu'on peut examiner au microscope.

Si nous avions affaire à un *rétrécissement organique non cancéreux*, l'histoire de la maladie nous apprendrait qu'il y a eu autrefois des symptômes d'œsophagite : douleur à la déglutition, le long de l'œsophage, à l'épigastre, et entre les épaules. L'interrogatoire révèlerait que le malade a ingéré un acide, de la soupe ou un liquide brûlant (rétrécissement d'origine caustique), qu'il a avalé un corps étranger (rétrécissement traumatique), qu'il a eu pendant des mois des douleurs œsophagiennes très vives et des hématémèses répétées, qu'il présente encore des signes d'hyperchlorhydrie (ulcère simple), qu'il a eu des accidents syphilitiques dont on peut quelquefois çà et là constater les vestiges (rétrécissement syphilitique).

En dehors des affections propres à l'œsophage, capables d'obstruer ce conduit, *certaines tumeurs du médiastin* peuvent produire le même effet, en comprimant cet organe.

Tel l'*anévrysme de l'aorte*. Les signes physiques de cette maladie, et les symptômes de compression des autres organes contenus dans le médiastin établiront le diagnostic. Les rayons X pourront apporter un utile renseignement en montrant l'élargissement de l'ombre aortique, dans le cas d'anévrysme.

Telles aussi les *dégénérescences des ganglions du médiastin* (tuberculose, lymphadénie, cancer). En dehors de leur généralisation en d'autres endroits, les signes positifs de ces affections manquent souvent, et il faut avouer que le diagnostic reste alors entouré d'obscurité, comme pour les autres tumeurs du médiastin.

Si, par un interrogatoire serré, et un examen approfondi du malade, on est arrivé à éliminer les causes précédemment énumérées de dysphagie et d'obstruction œsophagienne, on pensera à un polype de l'œsophage. Mais, ainsi que nous l'avons dit, ce diagnostic par élimination est loin d'être aisé. Il fut fait d'ailleurs très rarement.

Enfin, il subsistera toujours un doute qui autorisera l'*œsophagotomie exploratrice*. Mais c'est là une intervention grave et difficile, malgré les progrès de l'antisepsie et de la technique opératoire. Il faudrait cependant la tenter, d'autant plus qu'elle se transformerait dans le cas de polype en opération curatrice.

Anatomie pathologique. — Les polypes de l'œsophage ont généralement une *forme* allongée, sont, tantôt plats, tantôt cylindriques.

On les a comparés à divers corps : à une langue, à un ris de veau, à un pis de vache, à un lombric.

Quand ils sont jeunes et moins étirés on les compare à un marron, à une orange, à une pomme de terre, à un œuf.

Leur *point d'implantation* est variable et n'a pas de siège de prédilection.

D'habitude, on ne trouve qu'*un seul* polype, mais Careno en a trouvé quatre placés côte à côte.

Leur *surface* est lisse et nacrée en certains cas; d'autres fois, elle est ridée et couverte de sillons.

Le plus souvent formés d'une seule pièce, les polypes peuvent néanmoins *se diviser* au-delà de leur point d'implantation, et parfois la divison en lobes a lieu si bas, qu'il ne s'agit que d'une simple encoche.

Leur *volume* est en raison directe du temps qu'ils ont été portés par le malade.

Il y en a qui atteignent 0,20 cent. de long. Généralement, ils sont plus courts : 0,16, 0,15, 0,12 cent. Les plus longs sont ceux qui sont insérés le plus haut. Dans aucun des cas connus, le polype ne dépassait le cardia. Un seul l'atteignait (Dallas).

La largeur est fort variable aussi : de 1 à 6 centimètres.

La *consistance* de ces tumeurs est différente : ceux-ci sont durs, et, à la coupe, crient sous le scalpel ; ceux-là sont mous et se laissent sectionner sans difficulté.

Leur surface de section est jaunâtre ou blanc-grisâtre, suivant qu'ils sont plus ou moins riches en graisse. Çà et là, on voit des points hémorragiques.

L'*examen histologique* n'a pas été fait dans tous les cas observés. Holt le premier en a fait une étude au microscope. Il s'agissait, pour lui, d'un lipome recouvert par une muqueuse à épithélium pavimenteux stratifié.

Cet épithélium se retrouve constamment ; et il repose sur une couche de papilles basses et larges, piriformes. La masse de la tumeur est formée d'éléments variés. Le plus souvent on a trouvé de la graisse, renfermée dans les mailles d'un réticule fibreux. Parfois le tissu conjonctif domine. Il peut s'y ajouter des fibres élastiques, et même des faisceaux de fibres musculaires lisses.

Dans le cas de Glinski on trouve notée la présence d'ilots myxomateux.

Ces tumeurs sont toujours abondamment vascularisées. Artérioles et veinules forment un riche réseau sanguin : parfois ces vaisseaux se pelotonnent et se rassemblent par groupes.

On n'y a pas trouvé de nerfs.

M. le Professeur Curtis a vu, dans notre polype, entre les faisceaux conjonctifs, de nombreux follicules lymphoïdes arrondis, entourés d'un sinus lymphatique béant, — et à travers toute la tumeur, un réseau de vaisseaux lymphatiques.

Il s'agit, en somme, d'une manière générale, de fibromes ou de lipomes, tumeurs bénignes qui se sont développées dans le tissu sous-muqueux ou dans le chorion de la muqueuse.

Étiologie et pathogénie. — Nous ne savons rien de l'étiologie des tumeurs en général. Parmi les diverses théories émises pour expliquer la formation des néoplasmes, aucune d'elles n'échappe à la critique.

Pourtant en ce qui soncerne les polypes — fibromes, fibro-lipomes, lipomes, adénomes — on peut jusqu'à un certain point, et dans certains cas, trouver une réelle influence à l'irritation chronique, ou petits traumatismes fréquemment répétés.

Et, tout en restant au moins singulière, elle n'est peut-être pas si étrange, ou inepte (*mirifica ne dicam inepta*), comme le veut Middeldorpf, cette conception de Schmeider qui attribuait à l'abus du tabac à priser la formation d'un polype œsophagien.

D'après Delbet, les petites irritations amènent une inflammation chronique ; il se fait une néoformation vasculaire abondante, et cette vascularisation transitoire devient un terrain favorable au développement exagéré du tissu adipeux, fibreux, adénomateux.

On accuse aussi l'hérédité et la syphilis de produire ces tumeurs.

Pour Minsky la plupart des polypes œsophagiens tirent leur origine d'une anomalie congénitale ; peut-être d'un développement excessif d'un arc branchial n'ayant pas subi la métamorphose régressive qui fait disparaître normalement ces organes à une époque précoce de la vie embryonnaire.

En somme, nous ne savons rien de précis, et par toutes ces théories plus ou moins vagues et obscures, nous ne faisons que cacher notre ignorance.

Quoi qu'il en soit, une petite tumeur soulève la paroi du conduit pharyngo-œsophagien, se coiffant de la muqueuse qu'elle repousse devant elle. Elle grandit, et quand elle atteint le volume d'une noisette, le bol alimentaire exerce sur elle, en passant, une traction vers les parties inférieures. Le polype, entraîné, s'étire, et il en résulte la formation du pédicule.

Si elle est molle et dépressible, la tumeur produira peu ou point de troubles. Elle grandira, pendante, s'allongera et dilatera l'œsophaphe pour se loger.

Mais si le polype est résistant, dur, il sera pour ainsi dire en érection dans le conduit qu'il obstruera, et amènera des troubles fonctionnels qui le feront reconnaître et extirper.

Pronostic. — Si les polypes sont des tumeurs bénignes et ne sont pas dangereux par leur nature, ils amènent parfois la mort de celui qui les porte.

Ce résultat fatal se produit surtout quand le diagnostic n'a pu être fait.

Dans les trente observations que nous avons pu réunir, nous voyons que neuf fois la mort survint par inanition.

Dans deux cas une partie seulement du polype put être extirpée ; le reste, continuant à s'accroître, amena à la fin l'obstruction complète et la mort par la faim.

Deux fois les malades moururent subitement par asphyxie.

Une seule fois l'opération fut suivie d'une hémorragie

qui produisit la mort ; mais il mourut aussi d'hémorragie le malade de VATER qui rejeta violemment son polype.

Trois observations sont des trouvailles d'autopsie, la mort étant survenue à la suite de maladie intercurrente. Enfin, douze malades opérés furent guéris radicalement et définitivement.

Ce qui fait la gravité du pronostic c'est que l'existence du polype est méconnue. « Je ne puis m'empêcher de penser, dit LOWE, que certains cas de mort attribués à des affections cardiaques pourront avoir été causés par de pareilles tumeurs. »

Il n'est pas impossible non plus que des tumeurs bénignes, et généralement à évolution lente, changent d'allure, et prennent un caractère malin. C'est peut-être ce qui s'est produit chez le malade observé par TARGETT. Il y avait, dans l'œsophage, deux petites tumeurs distantes l'une de l'autre de quelques pouces. La plus voisine du cardia était un épithélioma ; l'autre était un simple fibrome, mais dans une coupe faite à la base d'implantation, on a trouvé une infiltration de cellules épithéliales : le polype devenait cancer.

Traitement. — Quand le diagnostic est fait, l'extirpation s'impose. Mais il faut, pour intervenir, considérer si le polype s'insère *haut* ou *bas*, si son pédicule est *court* ou *long*.

I. Si *la tumeur est insérée sur le pharynx, retenue par un pédicule court*, on pourra tenter l'ablation par les voies naturelles. On se trouvera bien, en ce cas, de l'emploi du serre-nœud à grande courbure laryngée. On pourrait aussi employer l'anse chaude, si l'on dispose d'un galvano-cautère, ce qui permettrait de faire une section à blanc, surtout si l'on procède lentement et par petits coups.

Mais il est rare que malgré l'anesthésie locale à la cocaïne on puisse appliquer cette méthode en raison de l'indocilité de certains malades, de la difficulté de manœuvrer dans une gorge étroite, des spasmes, et enfin, du volume de la tumeur. Dans ce cas, surtout si l'on est mal renseigné sur la nature de la tumeur, et son point d'implantation, il vaudra mieux l'aborder par la pharyngotomie, ou la pharyngotomie *trans-hyoïdienne*.

Une fois la brèche faite par l'un ou l'autre procédé on tâchera de guider autour de l'insertion du pédicule, un serre-nœud qui servira à sectionner le pédicule à froid ou à chaud. Si l'on n'y parvient pas, on pourra morceler la tumeur à l'emporte-pièce ou par tout autre procédé. En général le morcellement donne un peu de sang, et il est bon de tamponner pour éviter l'entrée du sang dans les voies respiratoires. De même après l'ablation, on s'assurera de l'hémostase et on pratiquera une cautérisation de la base d'implantation du pédicule.

II. Si la tumeur a un *long pédicule*, est insérée soit sur le pharynx, soit à l'entrée de l'œsophage, elle pend dans l'œsophage, jusqu'au voisinage de l'estomac... mais elle peut aussi être vomie dans la bouche où on la voit.

Dans ce dernier cas, on peut profiter de la voie buccale, placer une ligature à la base du pédicule et sectionner. Mais cela est loin d'être toujours facile, et il est plus simple de placer une pince de BERGER sur le pédicule, et de sectionner.

Généralement ces tumeurs sont peu saignantes, et la pharyngotomie rend moins de service.

Si la tumeur est dans l'œsophage, le diagnostic n'est généralement point fait. Il l'est seulement si le polype vient parfois se montrer dans la bouche, comme dans le cas de ANNANDOLE. Le mieux alors est d'aller saisir la tumeur à l'aide d'un crochet et de la ramener dans la bouche. On pourra aussi amener l'expulsion du polype en administrant un vomitif.

La tumeur devenue buccale sera traitée comme il a été indiqué plus haut.

Quel que soit le procédé adopté, on sera assuré d'avoir guéri le malade si l'on a réussi à extirper le polype. Les *soins consécutifs* seront des plus simples, surtout dans le cas d'extirpation par les voies naturelles. Notre malade de campagne put avaler des aliments solides dès le lendemain sans ressentir aucune gêne, ni douleur.

Si la pharyngotomie a été nécessaire, les suites opératoires peuvent être longues, et le malade devra être alimenté par la sonde œsophagienne (1).

Consultations Médico-Chirurgicales

Balle dans la tête

Pr H. FOLET et Dr R. LE FORT.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I) Un individu vient de se tirer une balle dans la tête. Depuis lors, il est inerte, dans le coma ; un trou noir, dans la tempe, d'où coule un mince filet de sang, marque l'orifice d'entrée du projectile.

II) Un autre, qui vient de lui-même se présenter à vous, a reçu, dit-il, hier, une balle dans la tête ; il parle facilement, ne paraît présenter aucun symptôme d'une lésion grave en dehors d'une petite plaie noirâtre dans le cuir chevelu ; il semble que la balle n'ait pas pénétré, que cette blessure soit insignifiante : et peut être, dans deux jours, c'est la méningite, dans trois ou quatre jours, la mort.

III) Ailleurs, l'accident est ancien ; les phénomènes du

(1) Voyez : Aimé BRÉHON. Les polypes de l'œsophage et du pharynx laryngé. Thèse de Lille, 1903, 6me série, n° 154.

début se sont amendés ou n'ont même jamais existé; mais des douleurs de tête, des désordres moteurs, une épilepsie jacksonienne apparaissent et troublent l'existence du blessé.

IV) Enfin, chez cet autre, où le traumatisme est également ancien, il n'y a d'accidents d'aucune sorte; le sujet sait qu'il a une balle dans la tête; la radiographie la découvre et permet de la localiser.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Dans les cas cliniques supposés, faudra-t-il intervenir? Oui, chez quelques-uns, mais pas chez tous. Et, pour l'intervention, la règle de conduite est celle-ci: **le projectile n'est rien; les désordres qu'il a produits sont tout.**

Or, les désordres sont de deux ordres : a) les destructions de tissus; b) l'inoculation de germes septiques, qu'il est nécessaire de distinguer en cas récents et cas anciens.

1°) Cas récents. — Dans les cas récents, comme contre les accidents de contusion, de destruction cérébrale, il ne peut être question de suturer les éléments nerveux sectionnés, de réparer les déchirures produites, il faudra viser surtout le double but : *a*) de diminuer les chances d'infection du trajet; *b*) de parer à une hémorrhagie. D'où le primordial souci : α) dans tous les cas, de désinfecter soigneusement la plaie d'entrée; β) s'il y a des signes d'hémorrhagie progressive, d'aller lier le vaisseau qui donne et d'évacuer le sang.

En dehors de ces deux cas, **il ne faut jamais faire de recherches du projectile,** parce que : *1°* les recherches sont plus dangereuses qu'utiles; en les opérant, on risque de causer des délabrements beaucoup plus considérables que le projectile lui-même n'en a occasionnés; on risque encore d'infecter un trajet resté jusque-là aseptique; *2°* les recherches sont difficiles: les trajets intracérébraux ne peuvent être cathétérisés, même avec une sonde molle, et les fausses routes sont la règle: le projectile peut avoir dévié dans son trajet, s'être réfléchi, par exemple, après avoir frappé la paroi opposée du crâne; il peut s'être fragmenté, avoir entraîné de nombreuses esquilles, que l'on n'enlèvera pas; *3°* les recherches sont inutiles; un peu de plomb dans la tête, s'il est aseptique, ne gêne ordinairement pas. Or, c'est là un fait bien démontré aujourd'hui, le projectile, septique ou aseptique, au moment où il sort de l'arme, s'infecte au contact des tissus qu'il rencontre, puis il s'essuie et abandonne ses germes le long du trajet qu'il parcourt. En règle générale, la première partie de ce trajet est septique; le projectile dans le fond est aseptique ou peu septique.

2°) Cas anciens. — Dans les cas anciens, il y a ou il n'y a pas d'accidents.

a) S'il y a des accidents, c'est un abcès à ouvrir, ce sont des esquilles ou même le projectile qui compriment le cerveau; les indications varieront avec la nature de ces accidents; « il faut y aller voir, » suivant une expression vulgaire.

b) S'il n'y a pas d'accidents, — et c'est là un fait assez fréquent, — la conduite est variable. Il y a dix et même six ans, on aurait dit : « N'intervenez pas. » Avec la radiographie, localisant bien les projectiles, on peut enlever à coup sûr et sans danger ceux qui sont très superficiels; quant aux projectiles profondément situés, c'est plus délicat. On tentera l'extraction si l'on a à sa disposition le matériel et les instruments nécessaires; l'appareil de Contremoulins, en plus d'une localisation très exacte, fournit constamment l'indication nécessaire au cours de l'intervention; mais c'est un appareil coûteux, compliqué et d'un maniement difficile.

TRAITEMENT. — Les interventions doivent être pratiquées de la manière et dans l'ordre suivants :

a) Désinfecter la plaie. — Lavez, rasez, nettoyez longuement et soigneusement la région; débridez le cuir chevelu, enlevez les esquilles superficielles; et, quand vous avez sous les yeux, non plus un petit trou irrégulier, mais un orifice net et propre, désincrusté de toutes souillures, drainez et attendez. Si, au cours de ces manœuvres, le projectile apparait, cueillez-le; enlevez-le aussi s'il est resté superficiel, n'a pas pénétré dans le crâne; ce n'est pas rare avec les projectiles de petit calibre des revolvers du commerce.

Cette désinfection doit être aussi complète que possible; et, après la toilette des tissus superficiels, il faut la poursuivre le long de l'os, de la dure-mère, et jusqu'au foyer adjacent de contusion cérébrale, s'il y en a un.

La balle n'entre pas toujours par la voûte crânienne; elle peut encore passer par la base, et la désinfection se trouve compliquée du même coup. L'oreille, le nez, la bouche, l'orbite sont les voies d'accès du côté de la base: et, de ce côté, le diagnostic de la pénétration est souvent plus délicat, le trajet qui mène à l'encéphale moins direct et plus long. Il faut aussi compter avec les plaies des organes qui avoisinent la base du crâne, l'œil pour l'orbite, le facial, les vaisseaux, l'oreille interne, pour l'oreille; et des indications spéciales peuvent naître de ce chef, telles l'énucléation d'un œil luxé et gravement atteint, — ce qui parfois sera le moyen le plus efficace de bien nettoyer et drainer le trajet et d'atteindre l'orifice de la voûte orbitaire —, la ligature d'une carotide interne ou le tamponnement d'un sinus latéral, etc.

Quelle que soit la porte d'entrée, cette **désinfection, large, complète, chirurgicale du trajet, poursuivie aussi loin que possible,** est la règle capitale du traitement immédiat des plaies du crâne par armes à feu.

b) Parer à l'hémorrhagie. — Parmi les accidents immédiats, un seul peut fournir des indications opératoires, c'est l'hémorrhagie.

Hémorrhagie externe. — Externe, elle est sans importance et sans intérêt spécial ; on liera le vaisseau qui donne à la tête, comme on le lierait ailleurs.

Hémorrhagie interne. — Interne, elle réclame un diagnostic précoce, une intervention prompte. C'est l'apparition progressive de symptômes de compression cérébrale, stertor et ralentissement du pouls, qui met sur la trace. Le plus souvent, c'est la branche antérieure de la méningée moyenne qui saigne, parfois les sinus. **Il faut trépaner de suite dans tous les cas, sans trop se préoccuper de l'orifice d'entrée** et en se guidant bien plutôt sur les symptômes. Si l'on croit à l'hémorrhagie de la branche antérieure de la méningée, une couronne de trépan placée à cinq centimètres au-dessus du milieu de l'arcade zygomatique conduira sur le vaisseau qui saigne, en plein milieu de la zone décollable. Pincez, liez.

c) Parer aux accidents d'infection. — Dans les jours qui suivent, plus souvent, ce sont des accidents infectieux qui se développent.

a) Accidents précoces. — Précoces, c'est la méningo-encéphalite diffuse, contre laquelle on est bien peu armé quand elle est installée ; mais c'est pour la prévenir que l'on doit faire avec tant de soin la désinfection de la plaie, et cette action préventive est bien autrement efficace que **les sangsues aux apophyses mastoïdes, les sinapismes sur les jambes, tout à fait insuffisants** quand la maladie est confirmée. Au titre préventif adjuvant, on diminuera encore peut-être la tendance aux grandes complications septiques intracrâniennes au moyen de la **vessie de glace** sur la tête et de **purgatifs** pour faire la dérivation intestinale. Ce sont là les petits moyens, il ne faut pas les négliger.

b) Accidents tardifs. — Tardifs, ce sont des accidents localisés : c'est un abcès cérébral développé autour d'une esquille, autour du projectile, autour d'un corps étranger, des cheveux entraînés dans la profondeur ; ou bien c'est une lésion purement irritative qui cause les accidents.

Contre ces accidents localisés, il faut intervenir. Tenez **compte des symptômes, de la douleur nettement localisée en un point précis, des localisations cérébrales aussi, bien plus que du trou** déjà fait au crâne par le projectile. Sans doute, la radiographie donnera une indication souvent précieuse, — il convient de se rappeler qu'il est indispensable d'avoir des épreuves bien repérées dans différents plans —; mais encore la présence d'un projectile n'implique pas forcément que les accidents se produisent à son niveau : une esquille ou un abcès superficiel peuvent produire des troubles, alors qu'un projectile profond, qui est leur cause première, reste inerte dans les tissus.

La précise connaissance des localisations, s'il y a des symptômes précis, permettra d'intervenir en connaissance de cause. Le long du sillon de Rolando sont étagés la plupart des centres moteurs, ceux des membres inférieurs en haut, ceux des membres supérieurs au milieu, ceux de la face en bas. Or, le sillon de Rolando est facile à trouver sur le crâne ; prenez la dépression qui est immédiatement au-dessous de la bosse frontale moyenne (glabelle) et joignez-la, en suivant la ligne médiane, à la protubérance occipitale externe, vous avez tracé la ligne sagittale. Le sommet du sillon de Rolando est situé aux 532/1000 de cet arc, soit à 17 centimètres de la dépression nasale, si l'arc a 32 centim., à 18 centim. si l'arc en a 34. Joignez maintenant le point déterminé à un autre point situé au milieu de l'arcade zygomatique, vous avez la direction du sillon de Rolando.

Une ligne qui part de la bosse frontale moyenne et va horizontalement vers le lambda, c'est-à-dire à 7 centim. de la protubérance occipitale externe, marque la direction de la scissure de Sylvius ; elle limite donc en bas le sillon de Rolando.

La topographie crânio-encéphalique ; ou la détermination sur le crâne des circonvolutions et des scissures et sillons du cerveau, a aujourd'hui beaucoup perdu de son importance. L'ouverture étroite du crâne, cherchée anciennement dans la trépanation, a fait place à l'**ouverture large,** qui permet, sans plus de dangers, de voir mieux et d'agir plus facilement et plus sûrement. Le crâne ouvert, la conduite à tenir varie avec chaque cas :

Esquilles. — S'agit-il d'esquilles à enlever, souvent ces esquilles seront superficielles, c'est-à-dire faciles à voir et à prendre.

Abcès cérébral. — S'agit-il d'une encéphalite localisée, c'est parfois au dehors de la dure-mère que vous trouverez le pus collecté, parfois au-dessous ; quelquefois même sera-t-il nécessaire de ponctionner la substance cérébrale pour découvrir le foyer infectieux. Ici, comme partout, ouvrez et drainez ; **le cerveau supporte admirablement les ponctions aseptiques prudentes,** faites sans dilacération des tissus.

Lésion imprécise. — Parfois encore, malgré des accidents précis, de l'épilepsie jacksonienne par exemple, vous ne trouverez rien. Votre intervention n'est pas pour cela sûrement inutile, et vous serez peut-être étonné de voir disparaître les troubles, que votre trépanation ait agi par son influence décompressive ou autrement.



SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Octobre 1903

Présidence de M. CHARMEIL, doyen des membres adjoints.

Cancer du pylore. — Pylorectomie

M. Taconnet. — Le malade présenté était entré à l'hôpital de la Charité à la fin d'août dans le service de M. le professeur COMBEMALE pour quelqeus troubles digestifs accompagnés de constipation opiniâtre et de ballonnement du ventre qui dataient de trois mois environ ; des vomissements irréguliers survenaient deux ou trois heures après le repas et quelquefois le matin, ces derniers glaireux. Le malade ressentait aussi de violentes douleurs épigastriques intermittentes, il n'avait pas eu d'hématémèses, ni de maloena. Il était amaigri et cachectisé. M. le rofesseur-agrégé DELÉARDE, chargé du service, constate une dilatation stomacale et pense à une sténose pylorique (l'observation et la discussion du diagnostic seront publiées), il réclame une intervention chirurgicale (gastro-entéroanastomose) qui est faite le 9 septembre par M. le professeur-agrégé LAMBRET, suppléant M. le professeur DUBAR.

Le malade est chloroformisé et dès la période de résolution musculaire, la paroi abdominale s'affaisse et permet de voir à droite de la ligne médiane et au dessus de l'ombilic une saillie qui, à la palpation, donne la sensation d'une tumeur siégeant au niveau de la région pylorique. La laparotomie sus-ombilicale est décidée et après incision de la paroi on trouve une tumeur dure, bien limitée, occupant le pylore en totalité, pas d'adhérences ; l'ablation paraît facile et M. le professeur-agrégé LAMBRET fait la pylorectomie suivie de la suture des deux bouches stomacales et duodénales, il enlève en même temps quelques ganglions duodéno-pancréantiques et fait ensuite la gastro-jéjuno-anastomose.

L'opération ne dure que quarante-cinq minutes, heureusement pour le malade, dont l'état syncopal est peu rassurant. Quelques injections d'éther et de sérum artificiel l'aident à supporter ce choc. La tumeur était annulaire et ulcérée du côté de la muqueuse, il s'agissait presque certainement d'un cancer, il ne manquait que l'affirmation de l'examen anatomo-pathologique. Les suites de l'opération furent normales. Les deux premiers jours, l'opéré reçoit des lavements alcoolisés ; le troisième jour du lait coupé d'eau de Vichy ; le quatrième jour il vomit le lait et on lui administre des lavements alimentaires, son état de faiblesse s'accentuant.

Le septième jour, nouvelle tentative d'alimentation qui réussit, le lait et un peu de légumes en purée sont digérés ; les jours suivants la tolérance s'établit avec un peu de diarrhée.

Vers le 15e jour le malade n'éprouve plus aucun trouble digestif, mange et boit comme les autres malades du service. Il pèse quarante-sept kilogrammes.

Le neuf octobre, son poids est de cinquante-quatre kilogrammes, il se trouve bien et se dispose à quitter l'hôpital, d'ailleurs son état général, très amélioré depuis son opération, ne l'en empêche pas et on peut espérer sinon la guérison, tout au moins une survie très appéciable.

M. Lambret. — Devant l'impossibilité d'aboucher l'un à l'autre l'estomac et le duodénum sectionnés, je les ai suturés et ai fait, ensuite, une gastro-jéjunostomie postérieure. Ce qu'il faut noter surtout, dans ce cas, c'est l'énorme et rapide amélioration de l'état général chez cet homme qui était tellement cachectique que j'hésitai fortement à pratiquer la pylorectomie qui est, chez les cachectiques, une opération très grave, beaucoup plus grave que la gastro-entérostomie. Cette gravité de la pylorectomie fait que, même dans des cas opérables, on lui préfère la gastro-entérostomie, bien que cette dernière opération ne prolonge que bien peu l'existence et n'ait guère pour résultat, fort appréciable, d'ailleurs, que la cessation des douleurs et des vomissements. La pylorectomie, au contraire, habituellement suivie d'une amélioration de l'état général beaucoup plus grande que l'amélioration qui suit la gastro-entérostomie, donne une survie très notable et est préférable, pour cette raison, lorsque les circonstances permettent de la pratiquer sans de trops grands risques. En ce qui concerne le malade présenté par M. TACONNET, il y a lieu d'espérer une survie importante, car j'ai pu enlever, non seulement la tumeur pylorique, mais aussi les ganglions du voisinage.

M. Charmeil demande s'il s'agissait d'un cancer greffé sur un ulcère.

M. LAMBRET répond qu'il s'agissait d'un cancer annulaire, d'un squirrhe.

Gastro-entérostomie, éventration post-opératoire au neuvième jour, guérison.

M. Le Fort. — Pendant que j'avais l'honneur de suppléer M. le professeur FOLET, j'ai opéré, le 31 août dernier, le malade que voici. Il présentait des signes de rétrécissements pyloriques, et la gastro-entérostomie lui avait éte proposée. Au moment de l'opération, le malade avait un peu de bronchite, nous pensâmes pouvoir passer outre, et nous chloroformâmes, nous fîmes la gastro-entérostomie postérieure transmésentérique. L'opération en elle-même ne présenta rien de bien particulier ; il s'agissait d'un rétrécissement inflammatoire, le pylore étant noyé dans des adhérences épaisses.

Le lendemain, nous fûmes un peu effrayés en voyant le crachoir de ce malade ; il était rempli aux trois quarts de mucosités jaunâtres, à tel point qu'on aurait pu croire

qu'il avait eu une vomique ou qu'il avait vidé une grosse caverne ou une dilatation bronchique. Le malade, oppressé, anxieux, avait toussé toute la nuit. Un traitement médical fut institué ; et peu à peu, les accidents bronchiques s'atténuèrent, nos craintes aussi.

Le 8 septembre, M. Caudron, interne de service, qui a fait le pansement, nous annonce que la plaie suppure.

Le 9, il nous prévient que l'intestin est dans le pansement et que tout a lâché. C'est exact. Une grosse masse rougeâtre, pâteuse et sonore, plus grosse que le poing, sort de la plaie entièrement désunie et paraît irréductible. Il semble qu'elle soit surtout constituée par le côlon. On donne rapidement du chloroforme et je parviens à réduire par pression la masse saillante, puis je passe cinq gros fils d'argent traversant la paroi de chaque côté. Le ventre est ainsi refermé, mais la toux continue toujours, et, le 14 septembre, les fils sont presque entièrement libres, la paroi s'est coupée sur eux. M. Caudron passe un gros crin de Florence double sous la paroi pour la soutenir, et le 16, il en passe un nouveau, le premier ayant assez bien tenu. Dès lors, la cicatrisation se fait rapidement, et le malade est actuellement presque entièrement guéri. Il ne semble pas que sa paroi soit particulièrement faible au niveau de la cicatrice.

Notons qu'il a retiré un bénéfice réel de son abouchement gastro-intestinal, la bouche stomacale fonctionne normalement. Disons aussi qu'il s'agissait d'un malade assez indocile, qui voulait de la bière le lendemain de son opération et prétendait se lever deux jours plus tard.

Ostéomyélite chronique du tibia. — Contradictions radiographiques

M. **Le Fort**. — Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine proviennent d'une malade du service de M. le professeur Folet que j'ai opérée le 28 septembre dernier. Il s'agit d'ostéomyélite, et vous pouvez voir, à côté d'admirables séquestres éburnés, découpés en flèches de cathédrales gothiques, les masses énormes d'os périostique spongieux et compact à la fois, dont les travées sont perpendiculaires à celles des séquestres et à l'axe de l'os. Tout cela est banal, et je ne vous parlerais pas de cette malade s'il n'y avait eu dans son histoire clinique une particularité intéressante. Cette femme s'est présentée à l'hôpital avec une grosse jambe multifistuleuse et l'aspect des ulcérations était tel que nous eûmes quelque hésitation sur le diagnostic.

Etait-ce un sarcome, une ostéomyélite, une tuberculose, de la syphilis ? Il nous sembla que la radiographie nous donnerait des éléments précieux pour la réponse exacte, et M. Bertin voulut bien nous tirer l'épreuve que voici.

Vous y voyez de suite que l'os paraît presque normal dans la plus grande partie de son étendue ; au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen on constate un assez gros renflement, régulier, terminé en fuseau en haut et en bas ; au niveau du péroné et à la même hauteur, les mêmes lésions apparaissent sur le cliché. Nous fûmes un peu surpris de cette révélation, nous avions pensé que le tibia seul était atteint, et sur toute son étendue. Quoi qu'il en soit, la double lésion tibiale et péronière nous permettait d'éliminer à peu près à coup sûr l'ostéosarcome, celui-ci, d'après l'épreuve radiographique, ne pouvait être que central, et l'hypothèse d'un double ostéosarcome tibial et péroné en paraissait invraisemblable. L'ostéomyélite parut probable et j'allai voir. Une grande incision me conduisit de suite sur un tibia énorme et superficiel, dilaté depuis l'épiphyse supérieure jusqu'à l'inférieure ; j'y creusai presque d'une articulation à l'autre une tranchée large de plus de deux doigts et enlevai facilement la plus grande partie de la diaphyse entièrement séquestrée.

Deux faits me paraissent intéressants dans cette observation succincte : 1° la radiographie a montré des lésions du péroné que la clinique ne permet pas de retrouver, et les indique comme aussi profonds que celles du tibia, alors que, maintenant encore, le péroné reste absolument silencieux, et paraît devoir être bien peu atteint; 2° ensuite, la radiographie fait croire à une lésion limitée du tibia dont ni l'étendue ni la forme n'ont aucun rapport avec ce que montre l'examen direct. Il y a entre l'image radiographique des os de la jambe et l'aspect direct de ces mêmes os une contradiction plus forte que toutes celles auxquelles la radiographie nous avait habitués jusqu'ici.

Amputation de Pasquier-Le Fort

M. **Le Fort** montre les pièces provenant d'un homme à qui il a pratiqué une amputation de Pasquier-Le Fort. Les radiographies faites dans le service de M. Charmeil avaient montré des lésions de l'avant-pied et l'intégrité absolue de l'astragale, ce qui permit de décider, avant l'intervention, le procédé opératoire à employer.

Dosage de l'ammoniaque dans l'urine

MM. **E. Gérard** et **Deman** (*sera publié*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La septième session de l'**Association française d'urologie** se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 24 octobre 1903, sous la présidence de M. le professeur Guyon, et la vice-présidence de notre distingué collègue, le professeur Carlier. A l'ordre du jour figurent la question : *Des cystites rebelles*.

UNVERSITÉ DE PARIS

— Sont nommés après concours, *a*) chefs de clinique médicale : MM. les docteurs Griffon et Léon Bernard, comme titulaires ; MM. les docteurs Gouraud et Lortat-

Jacob, comme adjoints ; *b*) chefs de clinique chirurgicale : MM. les docteurs Baudet, Marcille et Dujarrier ; *c*) chefs de clinique obstétricale : MM. les docteurs Delestre et Bouchacourt, comme titulaires ; MM. les docteurs Sauvage et Jeannin, comme adjoints ; *d*) chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. les docteurs Lacapère, comme titulaire, Paris, comme adjoint ; *e*) chefs de clinique des maladies nerveuses : MM. les docteurs Guillain, comme titulaire, Constenseux, comme adjoint ; *f*) chefs de clinique ophtalmologique : MM. les docteurs Scrini, comme titulaire, Paulard, comme adjoint ; *g*) chefs de clinique des maladies mentales : MM. les docteurs Roy et Parent.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Reims. — M. le docteur Bruandet est nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Reims.

Clermont-Ferrand. — M. le docteur Billard, chargé de cours, est nommé professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

— M. le docteur Mally, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

Dijon. — M. le docteur Zipfel, suppléant, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole de Dijon.

Limoges. — M. le docteur Biais, suppléant, est nommé professeur de physique à l'Ecole de Limoges.

Poitiers. — M. le docteur Brossard, professeur d'histologie, est sur sa demande, nommé professeur de pathologie médicale.

Lyon. — M. le docteur Beauvisage, agrégé, chargé d'un cours de botanique, est nommé professeur de matière médicale et botanique à la Faculté.

— M. le docteur Florence, professeur de matière médicale, est nommé professeur de pharmacie.

Montpellier. — Mme le docteur Gaussel est nommée, après concours, chef de clinique obstétricale.

Marseille. — M. le docteur Gaunet est nommé, après concours, chef de clinique médicale.

Notre Carnet

Le docteur Decoopman, de Condé (Nord), nous fait part de l'heureuse naissance de son fils André. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Chantelauze, de la Chalse-Dieu (Haute-Loire) ; Eugène Perrin, du Raincy (Seine-et-Oise) ; Hurst, médecin principal de réserve ; Fenestre, d'Yvetot (Seine-et-Inférieure), Pierre Mouton, de Marseille (Bouches-du-Rhône) Castex, d'Oyonnax (Ain) ; Martin, de Bénévent (Creuse) ; Alois, de Saint-Etienne (Loire), Andrieu, de St-Jean de-Liversay (Charente-Inférieure) ; Dusilliet, de Marseille (Bouches du-Rhône) ; Géry, de Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; Caillaud, de Saint-Vaury (Creuse) ; Bach, de Toulouse (Haute-Garonne).

Aquaviva, étudiant en médecine à Toulon.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

41e Semaine, du 4 au 10 Octobre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	4
3 mois à un an	6	2
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	3	2
5 à 10 ans	1	»
10 à 20 ans	»	»
20 à 40 ans	6	3
40 à 60 ans	5	7
60 à 80 ans	8	11
80 ans et au-dessus	»	3
Total	37	34

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3	5	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	»	2	1	»	»	1	»	3	11	6
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	3	»	»	1	»	2	»	»	»	1	10	19
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»	1	2	»	»	»	»	»	3	10	18
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	4	8	10
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	1	»	»	1	»	1	»	1	»	4	12	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	7
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2	8	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3	19
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Total	»	»	»	»	»	»	»	8	6	4	13	»	1	10	1	3	1	2	»	22	71	107

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 354. Septième Année. N° 43 Le Numéro : 10 centimes 25 Octobre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilide tuberculeuse du nez et artériosclérose rénale

par le Dr **d'Hardiviller**, professeur à l'École de Médecine d'Amiens

Le 8 mai 1903, un homme de quarante-deux ans se présente à ma consultation de la polyclinique municipale de la ville d'Amiens et demande « que je le débarrasse des petits boutons qu'il a sur le nez. »

Dans les antécédents héréditaires il y a seulement à retenir : mère morte de tuberculose à trente-sept ans, deux frères morts en bas-âge, de méningite et de choléra infantile.

Le malade n'accuse point de maladies graves antérieures. Il a eu la rougeole à huit ans, la scarlatine à douze ans et deux blennorrhagies à dix-neuf et vingt-un ans. La deuxième blennorrhagie était accompagné d'œdème considérable du prépuce ; elle a duré plusieurs mois. Marié à vingt-huit ans, il a deux enfants ne présentant aucune tare héréditaire. Sa femme n'a jamais fait de pertes.

Dans l'examen général du malade je relève :

Appareil digestif. — Sujet obèse ; quelques troubles dyspeptiques accompagnés de quelques vomissements il y a un an. Gros foie (neuf centimètres de matité absolue en hauteur), abaissé, lisse, non résistant, avec bord souple, non arrondi comme dans la cirrhose ou dans la néoplasie hépatique.

Appareil respiratoire. — Sonorité amoindrie aux bases des poumons, plus marquée à droite. Emphysème généralisé. Du côté droit : murmure vésiculaire diminué à la base, un souffle, de la bronchophonie, des râles sous-crépitants fins (léger œdéme pulmonaire).

Appareil circulatoire. — Pouls un peu dur mais dépressible : soixante-dix pulsations à la minute ; hypertension artérielle. Point d'alcoolisme avoué ; en tous cas, absence de tremblements et de cauchemars.

Cœur gros donné par abaissement de la pointe (sixième espace intercostal) et la matité transversale dépassant légèrement le bord droit du sternum. A la pointe, point d'irrégularités, ni de souffle. Le deuxième bruit est éclatant, mais il n'y a point de battements des jugulaires.

Appareil génito-urinaire. — Depuis un an polyurie (3 litres par jour). Le sujet se lève une ou deux fois la nuit. Léger œdème des jambes depuis deux mois environ, bien que le sujet ne possède pas de varices. Absence d'albumine.

Pas de cicatrices sur la verge ; pas de testicules sclérosés.

Appareil nerveux. — Organes des sens en bon état. Pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Quel diagnostic porter sur l'état général ?

Ce sujet n'a pas de maladie cardio-vasculaire. Il a bien un gros cœur, mais l'emphysème est une cause de dilatation du cœur. Le cœur n'est pas brightique, car il n'existe ni bruit de galop, ni choc bruyant de la pointe. Il est probable, malgré l'absence d'albumine, que le malade a des petits reins scléreux.

Cependant, il n'a ni tare héréditaire, ni antécédents alcooliques, ni excès alimentaires. Où donc trouver la cause de l'artériosclérose rénale ? Dans les lésions du nez.

A l'inspection, on constate à la base des ailes du nez, empiétant même sur le sillon naso-génien du côté gauche, l'existence de quatorze saillies dont les unes sont rouges et dont les autres sont un peu plus colorés que la peau normale. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un grain de chénevis.

Les tumeurs de la dimension d'un grain de chénevis sont au nombre de deux. Chacune d'elles est entourée de six à huit tubercules distincts et plus petits. Les tubercules sont lisses, globuleux, séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine.

La palpation permet de reconnaître que les deux tubercules les plus volumineux sont adhérents à la peau, formant pour ainsi dire avec elle une tumeur commune ; tandis que les tubercules du volume d'un grain de millet sont légèrement mobiles au-dessous de la peau, donnant vaguement la sensation d'un grain de plomb enchâssé dans le derme.

Ces tubercules sont indolores.

Le malade déclare que ces tubercules ont évolué de la façon suivante :

Au commencement du mois d'avril, il a remarqué sur le nez deux petites saillies rouges, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces boutons ont grossi progressivement et il y a une quinzaine de jours, d'autres boutons, plus petits, ont apparu successivement autour des premiers.

Quelle est la nature de ces boutons, ou plutôt de ces tubercules (le mot tubercule est employé dans le sens sémiologique) ?

Il ne s'agit point de tubercules du rhinophyma, car ici ils offrent une surface lisse et brillante ; tandis que les tubercules du rhinophyma présentent à leur surface une certaine irrégularité due à ce que chaque tubercule est formé par la réunion de plusieurs nodules acnéiques. La peau qui est située entre les tubercules est normale, sans rougeur, tandis que dans le rhinophyma la peau qui isole les tubercules est épaissie, infiltrée et présente une coloration rouge foncée qui se continue avec la rougeur des tubercules et de la peau avoisinante.

Serais-je en présence de tubercules que l'on rencontre dans une néoplasie à laquelle HÉBRA a donné le nom de rhinosclérome et qu'il a décrit en 1870, comme une maladie de la peau jusque-là inconnue? Je ne le crois pas, car si les tubercules ont ici une consistance ferme, ils n'ont pas la dureté pierreuse des tubercules du rhinosclérome ; de plus, ils ne sont pas douloureux à la pression, tandis qu'ils le sont dans le rhinosclérome.

Il n'y a pas lieu de songer davantage aux tubercules lupiques, car ces derniers sont généralement de mêmes dimensions, et ce volume est inférieur à celui des deux gros tubercules. De plus, le lupus débute et se développe généralement avant l'âge de la puberté.

Je suis donc vraisemblablement en présence de tubercules syphilitiques. Ce sont, en effet, de petites tumeurs arrondies, dures, indolentes, peu sensibles à la pression. Du reste, l'évolution ultérieure des tubercules que j'ai suivie, pour ainsi dire journellement, m'a permis de confirmer ce diagnostic.

Le malade fut soumis au régime lacté, aux médicaments cardiaques et au traitement mercuriel et iodé, manié avec une grande prudence.

Les petits tubercules ont alors suivi la marche suivante :

Ils ont pâli, se sont aplatis et ensuite ont présenté une légère desquamation épidermique à leur surface. Après cette desquamation qui a duré quatre semaines environ, les tubercules ont disparu complétement en laissant une légère dépression atrophique. La place déprimée est encore actuellement colorée légèrement en violet.

Les deux gros tubercules qui offraient d'abord une résistance ferme, ont pris une consistance pâteuse le 20 mai et la peau qui les recouvrait s'est amincie. Le 3 juin, la peau s'est rompue, un liquide purulent et mal lié a fait alors irruption. L'ulcération, petite il est vraie, offrait des bords taillés à pic, sans aucune trace de réaction inflammatoire à la périphérie de l'ulcère. Le pus en se desséchant a formé une croûte qui était enclavée par les bords coupés nets de l'ulcère. Cette croûte, d'abord mince, n'a pas tardé à s'épaissir graduellement et finalement elle a rempli la cavité de l'ulcère. La croûte est tombée à la fin du mois de juillet, laissant à sa place une cicatrice enfoncée de couleur violette, qui finira ultérieurement par prendre une teinte blanche éclatante qui tranchera sur la coloration normale de la peau avoisinante.

J'ai cru utile de publier cette observation parce qu'elle montre bien que le praticien ne doit jamais considérer une lésion isolée, mais bien envisager la lésion avec les autres parties du corps. Le médecin et surtout le spécialiste consulté pour une lésion d'aspect banal et d'un diagnostic facile ne doit pas s'arrêter à cette première étape, il doit ensuite passer en revue les principaux organes. Ainsi, dans le cas

présent, j'avais fait le diagnostic des tubercules nasaux avant d'examiner les différents appareils Si je m'étais contenté de prescrire le traitement mercuriel et ioduré, d'une façon intensive, ainsi que le commandait mon premier examen, j'aurais commis une grosse faute. J'aurais donné de grandes doses de médicaments à un malade dont les reins ne pouvaient guére éliminer du mercure, et comme résultat j'aurais singulièrement aggravé l'œdème des membres inférieurs, l'œdème pulmonaire, l'état du cœur, — et peut-être même aurais-je amené des complications mortelles.

Le spécialiste habitué à voir trop souvent les lésions isolées doit agir avec prudence et n'imposer un traitement que lorsqu'il est sûr qu'il ne nuira point à l'état général du malade. De plus, le spécialiste doit posséder des notions sérieuses de pathologie générale. A ces conditions, le spécialiste rend de réels services aux malades, il améliore la science et la thérapeutique.

Influence du chloral sur la sécrétion biliaire

par le docteur **Charles Dubois**,
Moniteur de physiologie à la Faculté de Médecine

(Travail du laboratoire de Physiologie de la Faculté de médecine de Lille)

Nous avons récemment montré (1) que l'injection d'acide chlorhydrique dans le duodénum ou dans la partie supérieure du jéjuno-iléon active la sécrétion biliaire. Le chloral exerce-t-il sur cette sécrétion la même influence que l'acide? L'injection de chloral dans l'intestin accélère-t-elle l'écoulement de la bile comme elle accélère la sécrétion pancréatique, ainsi que l'ont montré MM. Wertheimer et Lepage (2)? C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans ce travail.

La première question qui se pose est de savoir si le chloral agit réellement sur la sécrétion biliaire ; cela n'est pas douteux, et ressort nettement d'une première série d'expériences que nous avons faites.

Dans ces expériences, on procédait de la façon suivante : l'animal (le chien dans toutes nos expériences) était curarisé ; on incisait la ligne blanche immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde. Par cette incision, on allait à la recherche du canal cystique, que l'on fermait par une ligature, puis du canal cholédoque, dans lequel on introduisait une canule. Enfin on plaçait un fil (blanc) sur le duodénum et un fil (bleu) sur le jéjunum, fils qui servaient simplement à attirer au dehors la portion d'intestin dans laquelle on faisait l'injection de chloral. On recueillait la bile pendant un certain temps, de cinq en cinq minutes ; on injectait dans le jéjunum d'abord, puis dans le duodénum 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au cinquième, et on recueillait de nouveau la bile, de cinq en cinq minutes, après chaque injection.

Voici deux de ces expériences :

Expérience I. — 21 juillet 1900. Chien de 3 kg. 300, curarisé avec 1 centim. cube par kilog d'une solution de curare au 1/100me.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique.

Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule. Fil blanc sur le duodénum ; fil bleu sur le jéjunum.

Les opérations préliminaires sont terminées à 4 h. 10 et on commence à recueillir la bile à 4 h. 15.

De 4 h. 15 à 4 h. 20	on recueille	9	gouttes de bile
4 h. 20 à 4 h. 25	—	9	—

A 4 h. 25, on injecte dans le jéjunum (fil bleu) 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5me. L'injection dure une minute.

De 4 h. 26 à 4 h. 31	on recueille	7	gouttes de bile
4 h. 31 à 4 h. 36	—	12	—
4 h. 36 à 4 h. 41	—	16	—
4 h. 41 à 4 h. 46	—	14	—

Après avoir attendu un certain temps que l'écoulement de la bile soit ralenti, on injecte à 5 h. 10 dans le duodénum (fil blanc) la même quantité de chloral. Durée de l'injection : une minute.

De 5 h. 11 à 5 h. 16	on recueille	4	gouttes de bile
5 h. 16 à 5 h. 21	—	23	—
5 h. 21 à 5 h. 26	—	14	—
5 h. 26 à 5 h. 31	—	17	—

Expérience II. — 12 novembre 1900. Chien de 4 kgs, curarisé avec 1 centimètre cube de solution de curare au 1/100me par kilog.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique.

Fistule du canal cholédoque, et introduction d'une canule.

Fil blanc sur le duodénum et fil bleu sur le jéjunum.

Les opérations préliminaires sont terminées à 6 h.15 et on commence à recueillir la bile à 6 h. 22.

De 6 h. 22 à 6 h. 27	on recueille	8	gouttes de bile
6 h. 27 à 6 h. 32	—	6	—
6 h. 32 à 6 h. 37	—	3	—

A 6 h. 39, on injecte dans le jéjunum (fil bleu) 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5me

(2) *Echo Médical du Nord*, 1903, n° 15, p. 173.

(3) *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1901, p. 698.

(un gramme de chloral). L'injection dure une minute.

De 6 h. 40 à 6 h. 45	on recueille	1 goutte	de bile
6 h. 45 à 6 h. 50	—	9 gouttes	—
6 h. 50 à 6 h. 55	—	14	—
6 h. 55 à 7 h.	—	12	—
7 h. à 7 h. 05	—	13	—
7 h. 05 à 7 h. 10	—	13	—
7 h. 10 à 7 h. 15	—	10	—
7 h. 15 à 7 h. 20	—	10	—
7 h. 20 à 7 h. 25	—	11	—

A 7 h. 26, on injecte la même quantité de chloral dans le duodénum (fil blanc). L'injection dure une minute environ.

De 7 h. 27 à 7 h. 32	on recueille	15 gouttes	de bile
7 h. 32 à 7 h. 37	—	21	—
7 h. 37 à 7 h. 42	—	20	—
7 h. 42 à 7 h. 47	—	19	—
7 h. 47 à 7 h. 52	—	18	—
7 h. 52 à 7 h. 57	—	18	—

L'injection de chloral dans le jéjunum et dans le duodénum accélère donc l'écoulement de la bile : c'est ce que démontrent clairement les expériences précédentes.

Poursuivant nos recherches, nous avons, comme pour l'acide chlorhydrique, comparé les effets de l'injection de chloral, d'une part dans l'iléon, d'autre part dans le jéjunum. Sur onze expériences faites dans ce but, nous avons obtenu sept fois une accélération de la bile après injection dans le jéjunum, alors qu'une première injection faite dans l'iléon était restée inefficace.

La technique, dans ces expériences, était la même que dans les précédentes ; il fallait de plus aller à la recherche de l'iléon qu'on liait d'abord au voisinage immédiat du cœcum, puis à 50 centimètres environ de la première ligature. On isolait ainsi un segment d'intestin sous lequel on faisait passer un fil (fil bleu). On plaçait également une ligature à l'union du duodénum avec le jéjunum, et on passait un fil sous ce dernier (fil rouge).

Voici quelques-unes de ces expériences :

Expérience III. — 21 novembre 1900. Chien de 4 kgs. Curarisé avec 4 centimètres cubes d'une solution de curare au 1/100e.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique.

Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule.

Ligatures sur l'iléon, la première près du cœcum, la seconde à 50 centimètres environ du cœcum. Fil sur l'iléon (fil bleu).

Ligature sur le jéjunum au voisinage immédiat du duodénum. Fil sur le jéjunum (fil rouge).

Les opérations préliminaires sont terminées à 6 h. 20. On commence à recueillir à 6 h. 25.

De 6 h. 25 à 6 h. 30	on recueille	1 goutte	de bile
6 h. 30 à 6 h. 35	—	1	—

A 6 h. 37 on fait dans l'iléon (fil bleu) une injection de 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5me (1 gramme de chloral). L'injection dure une minute,

De 6 h. 38 à 6 h. 43	on recueille	1 goutte	de bile
6 h. 43 à 6 h. 48	—	1	—

A 6 h. 48, on injecte la même quantité de chloral dans le jéjunum (fil rouge). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 49 à 6 h. 54	on recueille	3 gouttes	de bile
6 h. 54 à 6 h. 59	—	4	—
6 h. 59 à 7 h. 04	—	5	—
7 h. 04 a 7 h. 09	—	4	—

Expérience IV. — 7 décembre 1900. Chien de 13 kgs. Curarisé avec 15 centimètres cubes de la solution de curare au 1/100me.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique.

Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule.

Ligatures sur l'iléon ; la première au voisinage du cœcum, la seconde à 50 centimètres au-dessus. Fil sur l'iléon (fil bleu).

Ligature sur le jéjunum, au voisinage immédiat du duodénum. Fil sur le jéjunum (fil rouge).

Les opérations préliminaires sont terminées à 4 h. 55, et on commence à recueillir à 5 heures.

De 5 h. à 5 h. 05	on recueille	17 gouttes	de bile
5 h. 05 à 5 h. 10	—	18	—
5 h. 10 à 5 h. 15	—	18	—

A 5 h. 16, on fait une injection de 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5me dans l'iléon (fil bleu). L'injection dure environ une minute.

De 5 h. 17 à 5 h. 22	on recueille	12 gouttes	de bile
5 h. 22 à 5 h. 27	—	13	—
5 h. 27 à 5 h. 32	—	15	—

A 5 h. 34, on fait la même injection dans le jéjunum (fil rouge). Durée de l'injection : une minute.

De 5 h. 35 à 5 h. 40	on recueille	21 gouttes	de bile
5 h. 40 à 5 h. 45	—	24	—
5 h. 45 à 5 h. 50	—	25	—

Expérience V. — 12 décembre 1900. Chien de 10 kg 500. Curarisé.

Les opérations préliminaires sont les mêmes que dans les expériences III et IV. Elles sont terminées à 5 h. 40, et on commence à recueillir la bile à 5 h. 50.

De 5 h. 50 à 5 h. 55	on recueille	5 gouttes	de bile
5 h. 55 à 6 h.	—	6	—
6 h. à 6 h. 05	—	5	—

A 6 h. 09, on injecte dans l'iléon (fil bleu) 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5e. Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 10 à 6 h. 15 on recueille 5 gouttes de bile
6 h. 15 à 6 h. 20 — 6 —
6 h. 20 à 6 h. 25 — 7 —

A 6 h. 26 on injecte la même quantité de chloral dans le jéjunum (fil rouge). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 27 à 6 h. 32 on recueille 10 gouttes de bile
6 h. 32 à 6 h. 37 — 12 —
6 h. 37 à 6 h. 42 — 11 —
6 h. 42 à 6 h. 47 — 12 —

Les expériences III, IV et V confirment les résultats des expériences I et II. Elles nous apprennent de plus que l'injection de chloral au niveau de l'iléon ne provoque pas, en règle générale, l'accélération de la bile. Le chloral, comme l'acide chlorhydrique, agit donc sur la sécrétion biliaire, grâce à une excitation spéciale qui ne peut s'exercer qu'au niveau des parties supérieures de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum).

Toutefois, l'action du chloral est plus complexe que celle de l'acide car, injecté dans l'iléon, il accélère quelquefois la sécrétion de la bile. Cette accélération s'observe encore si l'on injecte le chloral dans l'estomac, dans le rectum ou dans la veine saphène, ainsi que nous l'ont montré de nouvelles expériences.

L'injection de chloral dans l'estomac nous a donné deux fois sur quatre une accélération de la sécrétion biliaire. Voici une de ces expériences dans lesquelles nous avions soin de faire une ligature sur le pylore pour empêcher le passage dans le duodénum de la solution de chloral injectée dans l'estomac.

Expérience VI. — 3 mai 1901. Chien de 8 kg. Curarisé avec 12 centimètres cubes d'une solution de curare au 1/100me.
Trachéotomie et respiration artificielle.
Ligature du canal cystique.
Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule.
Recherche de l'estomac, sous lequel on passe un fil (fil blanc) après avoir fait une ligature sur le pylore.
Ligature sur le jéjunum à son union avec le duodénum. Fil (fil rouge) sur le jéjunum.
On commence à recueillir à 5 h. 35.

De 5 h. 35 à 5 h. 40 on recueille 23 gouttes de bile
5 h. 40 à 5 h. 45 — 18 —
5 h. 45 à 5 h. 50 — 15 —

A 5 h. 54, on injecte 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1 5me (1 gramme de chloral) dans l'estomac (région pylorique) (fil blanc). Durée de l'injection : une minute.

De 5 h. 55 à 6 h. on recueille 14 gouttes de bile
6 h. à 6 h. 05 — 17 —
6 h. 05 à 6 h. 10 — 29 —
6 h. 10 à 6 h. 15 — 39 —
6 h. 15 à 6 h. 20 }
6 h. 20 à 6 h. 25 } on ne compte pas les gouttes.
6 h. 25 à 6 h. 30 on recueille 36 gouttes de bile
6 h. 30 à 6 h. 40 on ne compte pas les gouttes
6 h. 40 à 6 h. 45 on recueille 26 gouttes de bile

A 6 h. 45, on fait dans le jéjunum (fil rouge) la même injection de chloral. Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 46 à 6 h. 51 on recueille 36 gouttes de bile
6 h. 51 à 6 h. 56 — 54 —
6 h. 56 à 7 h. 01 — 40 —

Dans le rectum, l'injection de chloral a (six fois sur six provoqué une accélération plus ou moins marquée de la sécrétion biliaire. On peut s'en rendre compte d'après les expériences suivantes :

Expérience VII. — 30 avril 1901. Chien de 7 kgs. curarisé avec 10 centimètres cubes de solution de curare au 1/100me.
Trachéotomie et respiration artificielle.
Ligature du canal cystique.
Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule.
Ligature sur le cœcum. Fil sur le rectum (fil blanc).
Ligature sur le jéjunum à son union avec le duodénum. Fil sur le jéjunum, à 10 centimètres environ du duodénum (fil rouge).
On commence à recueillir à 5 h. 30.

De 5 h. 30 à 5 h. 35 on recueille 7 gouttes de bile
5 h. 35 à 5 h. 40 — 7 —
5 h. 40 à 5 h. 45 — 7 —

A 5 h. 46, on fait une injection de 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/5me (un gramme de chloral) dans le rectum (fil blanc). L'injection dure une minute.

De 5 h. 47 à 5 h. 52 on recueille 5 gouttes de bile
5 h. 52 à 5 h. 57 — 15 —
5 h. 57 à 6 h. 02 — 24 —
6 h. 02 à 6 h. 07 — 28 —
6 h. 07 à 6 h. 12 — 31 —

A 6 h. 15, on injecte la même quantité de chloral dans le jéjunum fil rouge). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 16 à 6 h. 21 on recueille 36 gouttes de bile
6 h. 21 à 6 h. 26 — 41 —
6 h. 26 à 6 h. 31 — 45 —
6 h. 31 à 6 h, 36 — 46 —

Expérience VIII. — 1er mai 1901. Chien de 12 kgs. 500, curarisé avec 18 centimètres cubes d'une solution de curare au 1/100e.

Les opérations préliminaires sont les mêmes que dans l'expérience précédente, elles sont terminées à 5 h. 50 et on commence à recueillir la bile à 6 h.

De 6 h. » à 6 h. 05 on recueille 0,6 cm. c. de bile
6 h. 05 à 6 h. 10 — 0,55 —
6 h. 10 à 6 h. 15 — 0,45 —
6 h. 15 à 6 h. 20 — 0,4 —

A 6 h. 22, on injecte cinq centimètres cubes d'une solution de chloral au $1/5^{me}$ (un gramme de chloral) dans le rectum (fil blanc). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 23 à 6 h. 28	on recueille	0,3	cm. c. de bile
6 h. 28 à 6 h. 33	—	0,425	—
6 h. 33 à 6 h. 38	—	0,55	—
6 h. 38 à 6 h. 43	—	0,6	—
6 h. 43 à 6 h. 48	—	0,7	—
6 h. 48 à 6 h. 53	—	0,75	—

A 6 h. 54, on fait la même injection dans le jéjunum (fil rouge). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 55 à 7 h. »	on recueille	0.9	cm. c. de bile
7 h. » à 7 h. 05	—	1,1	
7 h. 05 à 7 h. 10	—	1,15	—
7 h. 10 à 7 h. 15	—	1,15	—

Enfin, les injections dans la veine saphène ont (4 fois sur 5) augmenté l'écoulement de la bile, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'expérience suivante :

Expérience IX. — 19 décembre 1900. Chien de 5 kgs., curarisé avec 5 centimètres cubes d'une solution de curare au $1/100^{me}$.

Trachéotomie et respiration artificielle

Mêmes opérations préliminaires que dans les expériences III, IV et V.

On découvre ensuite la veine saphène externe du côté gauche et on fait passer un fil au-dessous d'elle (fil blanc).

On commence à recueillir à 5 h. 55.

De 5 h. 55 à 6 h. »	on recueille	18	gouttes de bile
6 h. » à 6 h. 05	—	14	—
6 h. 05 à 6 h. 10	—	10	—

A 6 h. 15 on injecte cinq centimètres cubes d'une solution de chloral au $1/5^{e}$ dans l'iléon (fil bleu). L'injection dure une minute.

De 6 h. 16 à 6 h. 21	on recueille	4	gouttes de bile
6 h. 21 à 6 h. 26	—	3	—
6 h. 26 à 6 h. 31	—	6	—
6 h. 31 à 6 h. 36	—	5	—

A 6 h. 36, on injecte la même quantité de chloral dans le jéjunum (fil rouge). L'injection dure une minute.

De 6 h. 37 à 6 h. 42	on recueille	8	gouttes de bile
6 h. 42 à 6 h. 47	—	15	—
6 h. 47 à 6 h. 52	—	16	—
6 h. 52 à 6 h. 57	—	15	—

De 6 h. 57 à 7 h. 05 on ne compte pas les gouttes.

De 7 h. 05 à 7 h. 10 on recueille 11 gouttes de bile.

A 7 h. 10, on injecte la même quantité de chloral, c'est-à-dire cinq centimètres cubes d'une solution de chloral au $1/5^{e}$ (un gramme de chloral) dans la veine saphène (fil blanc). Durée de l'injection : une minute.

De 7 h. 11 à 7 h. 16	on recueille	13	gouttes de bile
7 h. 16 à 7 h. 21	—	16	—
7 h. 21 à 7 h. 26	—	15	—

Le chloral peut donc, d'après ces expériences, agir aussi par voie d'absorption sur la sécrétion biliaire.

Il nous a paru intéressant de rechercher si c'était l'absorption du chloral par les vaisseaux, ou l'excitation qu'il provoque au niveau du jéjunum et du duodénum, qui amenait le plus sûrement une accélération de la bile. Nous avons, dans ce but, diminué la quantité de chloral que nous injections comparativement dans la veine et dans le jéjunum : dans 9 expériences sur 14, des injections de 25, de 20 et de 15 centigrammes de chloral se sont montrées inefficaces dans la veine saphène, alors que, dans le jéjunum, elles donnaient une accélération considérable de la sécrétion biliaire. Même dans les expériences où le chloral agissait en injection intra-veineuse, la quantité de bile recueillie n'était pas comparable à celle que l'on obtenait après injection dans le duodénum.

Voici quelques-unes de ces expériences :

Expérience X. — 14 juin 1901. Chien de 5 kgs. curarisé avec 7 centimètres cubes de solution de curare au $1/100^{me}$.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Ligature du canal cystique.

Fistule du canal cholédoque et introduction d'une canule.

On passe un fil sous le jéjunum à 15 centimètres environ du duodénum.

On découvre la veine saphène externe du côté gauche et on la charge sur un fil.

On commence à recueillir la bile à 5 h. 23.

De 5 h. 23 à 5 h. 28	on recueille	15	gouttes de bile
5 h. 28 à 5 h. 33	—	11	—
5 h. 33 à 5 h. 38	—	8	—

A 5 h. 39, on injecte 5 centimètres cubes d'une solution de chloral au $1/20^{me}$ (0,25 centigrammes de chloral) dans la veine saphène. Durée de l'injection : une minute.

De 5 h. 40 à 5 h. 45	on recueille	6	gouttes de bile
5 h. 45 à 5 h. 50	—	4	—
5 h. 50 à 5 h. 55	—	6	—
5 h. 55 à 6 h. »	—	5	—

A 6 h. 01, on fait la même injection de chloral dans le jéjunum. Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 02 à 6 h. 07	on recueille	19	gouttes de bile
6 h. 07 à 6 h. 12	—	23	—
6 h. 12 à 6 h. 17	—	20	—
6 h. 17 à 6 h. 22	—	16	—
6 h. 22 à 6 h. 27	—	15	—

Expérience XI. — 28 juin 1901. Chien de 5 kgs. 500, curarisé avec 10 centimètres cubes d'une solution de curare au $1/100^{me}$.

Trachéotomie et respiration artificielle.

Même préparation que pour l'expérience X.

Les opérations préliminaires sont terminées à 5 h. 52 et on commence à recueillir à 5 h. 55.

De 5 h. 55 à 6 h. » on recueille 27 gouttes de bile
6 h. » à 6 h. 05 — 24 —
6 h. 05 à 6 h. 10 — 24 —

A 6 h. 14 on fait dans la saphène une injection de 4 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/20me (0,20 centigrammes de chloral). Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 15 à 6 h. 20 on recueille 21 gouttes de bile
6 h. 20 à 6 h. 25 — 18 —
6 h. 25 à 6 h. 30 — 16 —

A 6 h. 31, on injecte la même quantité de chloral dans le jéjunum. Durée de l'injection : une minute.

De 6 h. 32 à 6 h. 37 on recueille 22 gouttes de bile
6 h. 37 à 6 h. 42 — 26 —
6 h. 42 à 6 h. 47 — 22 —
6 h. 47 à 6 h. 52 — 21 —

Expérience XII. — 10 juillet 1901 Chien de 3 kgs. 500, curarisé avec 5 centimètres cubes d'une solution de curare au 1/100me.

Même préparation que dans l'expérience X.

Les opérations préliminaires sont terminées à 5 h. 15, et on commence à recueillir à 5 h. 20.

De 5 h. 20 à 5 h. 25 on recueille 22 gouttes de bile
5 h. 25 à 5 h. 30 — 21 —
5 h. 30 à 5 h. 35 — 14 —

A 5 h. 36, on fait dans la veine saphène une injection de 3 centimètres cubes d'une solution de chloral au 1/20me (0,15 centigrammes de chloral). L'injection dure une minute.

De 5 h. 37 à 5 h. 42 on recueille 13 gouttes de bile
5 h. 42 à 5 h. 47 — 15 —
5 h. 47 à 5 h. 52 — 14 —

A 5 h. 52, on injecte dans le jéjunum la même quantité de chloral dans les mêmes conditions. L'injection dure une minute.

De 5 h. 53 à 5 h. 58 on recueille 15 gouttes de bile
5 h. 58 à 6 h. 03 — 18 —
6 h. 03 à 6 h. 08 — 18 —
6 h. 08 à 6 h. 13 — 17 —

Il résulte de ces expériences que le chloral injecté dans le jéjunum donne plus sûrement une accélération de la sécrétion biliaire que le chloral injecté dans la veine saphène.

Conclusions générales. — De l'ensemble de ce travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Le chloral possède une action cholagogue qui, à notre connaissance, n'avait pas été signalée jusqu'ici.

2° Cette action est surtout due, comme celle de l'acide chlorhydrique, à une excitation spéciale qui s'exerce au niveau des parties supérieures de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum).

3° Elle est due aussi en partie à l'absorption du chloral par les vaisseaux.

4° L'excitation spéciale, provoquée par le chloral au niveau du duodénum et du jéjunum, donne plus sûrement une accélération de la bile que l'absorption du chloral par les vaisseaux.

FAITS CLINIQUES

Phlyctènes nombreuses et tardives chez un fracturé de jambe

par M. **Brasseur**, externe des hôpitaux.

Le nommé D..., André, âgé de 48 ans, est entré le 2 juin 1903 dans le service de M. le Professeur Folet, pour une fracture de la partie moyenne de la jambe, fracture occasionnée par une chute de bicyclette le 1er juin : une barre de la bicyclette est venue heurter violemment le tibia.

La jambe est très enflée et présente une teinte ecchymotique. Pas de phlyctènes. — On l'a entourée de compresses d'eau bouillie constamment humectées et on l'immobilise dans une gouttière pendant une semaine. — Le 9 juin, en examinant à nouveau le malade, on trouve de nombreuses et volumineuses phlyctènes, surtout dans la partie supérieure de la jambe. Les compresses sont imbibées d'une sérosité roussâtre, hématique. Le gonflement est encore considérable. Moins pour maintenir la fracture en place (il n'y a aucune tendance au déplacement) que pour surveiller l'état des téguments et aussi pour montrer aux élèves l'application d'un appareil excellent et trop délaissé, M. le Professeur Folet applique un *appareil de Scultet* qu'on renouvelle tous les deux ou trois jours. — Malgré ces renouvellements, les bandelettes de l'appareil sont incessamment souillées et raidies par la sécrétion séro-purulente des phlyctènes renaissantes. On replace le membre dans une gouttière en fil de fer afin de rendre les pansements plus faciles. La jambe est encore gonflée, le nombre des phlyctènes a augmenté, l'écoulement de sérosité est très abondant.

On pourrait croire, à voir l'état de la peau dont le derme est absolument dénudé, que l'on a appliqué un vaste vésicatoire à ce niveau.

Pansement avec poudre de salicylate de bismuth et compresses stérilisées sèches. Le pansement est renouvelé le 21, puis le 26. Le gonflement a complètement disparu, la consolidation est en bonne voie, mais le malade présente encore (et nous sommes au 25e jour de l'accident) de nouvelles et grosses phlyctènes à contenu citrin qui forment un bracelet autour de la région malléolaire. On trouve même à la partie antérieure du cou de pied une plaque très étendue de petites phlyctènes confluentes. Il est à remarquer que la partie supérieure et la partie moyenne de la jambe, qui présentaient au début un grand nombre de phlyctènes, n'en présentent plus du tout. On y trouve seulement de longues plaques épidermiques séchées qui s'enlèvent très facilement.

L'apparition de phlyctènes sur la peau de la jambe, au cours des fractures du tibia, est chose commune

et connue. Je ne crois pas d'ailleurs qu'on ait donné une explication satisfaisante de cette dystrophose cutanée aussi bénigne que gênante, laquelle ne se rencontre pas, que je sache, dans les fractures d'autres os paraissant être dans les mêmes conditions de situation superficielle et immédiatement sous-jacents à la peau : la clavicule, l'extrémité inférieure du radius. Mais, si l'existence des phlyctènes dans les fractures de jambe est tellement vulgaire qu'elle ne mériterait pas d'être signalée, il est rare de voir ce symptôme se manifester aussi intense et aussi tenace que dans notre observation ; c'est pourquoi nous mentionnons brièvement le fait.

Déformations osseuses consécutives à une luxation de la hanche remontant à cinquante-sept ans (1)

par les docteurs
G. Raviart, Médecin-adjoint
ET
P. Caudron, Interne
à l'asile d'Armentières

Il s'agit d'un homme qui, absolument bien portant jusqu'à l'âge de six ans, fit alors une chute ; sa sœur, qui le tenait dans ses bras, le laissa tomber ; le choc porta sur la hanche droite ; l'enfant ne put se relever. Il fut sept à huit jours sans pouvoir marcher, mais il ne tarda pas à se lever et, bien que la station debout fût très douloureuse pour lui, il continua à marcher en boitant. Les médecins appelés à cette époque constatèrent, nous dit la famille, que « la hanche était démise » ; ils ne purent réduire la luxation. L'enfant continua à boiter, la douleur à la marche diminua petit à petit.

A l'âge de sept ans, survinrent des convulsions qui laissèrent le malade quinze jours sans connaissance ; consécutivement, apparurent des crises d'épilepsie dont la fréquence obligea la famille à le placer d'abord à l'hospice général en 1868, puis à l'Asile d'Armentières en 1879, époque à laquelle des troubles mentaux d'ordre mélancolique vinrent se greffer sur l'épilepsie.

A l'Asile, il marchait beaucoup, sans béquilles, claudicant très fortement, mais ne se plaignant plus de sa hanche. Les mouvements s'accomplissaient assez facilement, la démarche était celle que l'on observe dans les luxations classiques, non réduites, le membre entier en rotation interne, la cuisse légèrement fléchie, le pied en équinisme, le malade se penchant fortement à droite toutes les fois qu'il portait en avant le membre inférieur droit.

Depuis si longtemps à l'Asile, présentant des troubles communs à tous les épileptiques, il n'avait pas tout particulièrement attiré notre attention, et son décès subit au cours d'attaques subintrantes d'épilepsie, ne nous permit pas de procéder à un examen clinique approfondi de cette luxation remontant à cinquante-sept ans.

Autopsie. — A l'examen du corps, la différence entre les deux membres inférieurs apparaît très marquée ; le membre inférieur droit, plus court et plus mince que l'autre, est en rotation interne. Les mouvements articulaires sont faciles.

(1) Communication à la *Société centrale de médecine du Nord*, séance du 23 juillet 1903.

Nous incisons les tissus jusqu'à l'articulation coxo-fémorale droite qui semble plus éloignée du pubis que normalement. Il s'agit, en effet, d'une néarthrose consécutive à une luxation en arrière de la tête fémorale. La capsule articulaire, très épaisse, est incisée avec difficulté ; sa surface interne est lisse ; elle s'insère au pourtour d'une nouvelle surface articulaire située immédiatement en arrière de la cavité cotyloïde, formée par une légère dépression de la face externe de l'os coxal, elle a une



Fig. 1. — A gauche os coxal du côté de la luxation, on voit nettement au-dessus et à gauche de la cavité cotyloïde déformée la nouvelle surface articulaire. A droite os coxal normal.

forme ovalaire à grand diamètre antéro-postérieur d'environ trois centimètres, un diamètre vertical de deux centimètres. Elle est limitée par une sorte de bourrelet cartilagineux large de près d'un centimètre qui contribue à lui donner une profondeur de trois millimètres environ.

La cavité cotyloïde, profondément déformée, est de forme rectangulaire. Dépourvue du sourcil cotyloïdien et de tout



Fig. 2. — Section longitudinale des têtes fémorales droite et gauche.

cartilage, elle est profonde de dix millimètres. Son fond paraît altéré, la substance osseuse y semble désagrégée.

Du côté de la tête fémorale, les lésions sont très marquées. La tête articulaire est réduite à des proportions

infimes, il n'en reste plus qu'un moignon irrégulier, anfractueux, dans lequel la tête peut à peine être distinguée du col, celui-ci paraît représenté par un léger étranglement au niveau duquel le diamètre vertical du moignon est de quinze millimètres. Quant à la tête, son diamètre vertical est d'environ vinq-cinq millimètres. De forme irrégulièrement arrondie, elle présente une face interne lisse de vingt millimètres de diamètre, entourée d'un rebord osseux, de forme irrégulière, la surplombant de deux millimètres.

La masse des trochanters ainsi que le corps du fémur tout entier présentent une notable différence de volume par rapport au fémur du côté sain, ainsi que les chiffres suivants l'indiquent nettement :

	FÉMUR DROIT	FÉMUR GAUCHE
Diamètre transversal	27 mm.	32 mm.
Diamètre antéro-postérieur..	20 mm.	25 mm.

En somme, consécutivement à la luxation non réduite, la cavité cotyloïde abandonnée par la tête, s'est complètement déformée, il s'est formé une nouvelle surface articulaire en arrière de l'ancienne ; enfin la tête fémorale s'est atrophiée au lieu de se développer avec l'âge, le fémur tout entier participant, du reste, à ce défaut de développement.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Aphorismes hygiéniques pour les mères

Dans un récent article publié par la *Revista de medicina y cirurgia practicas*, en juillet, 1903, le docteur Rafael ULECIA Y CARDONA sous ce titre : *Informe acerca de la mortalidad infantil en Madrid, sus principales causas y medias de combatirla*, étudie à Madrid les causes morbides qui déciment la population infantile dans cette ville. Son long article très documenté, qui se prête difficilement à l'analyse, se termine par une série de préceptes formulés sous forme d'aphorismes, d'autant plus précieux que notre confrère madrilène les a expérimentés dans sa propre famille. Il possède, en effet, huit enfants dont l'aînée a douze ans, tandis que le plus jeune a un an. En ce moment que tous nos médecins français sont justement préoccupés de l'amélioration du sort du nouveau-né, les aphorismes de R. ULECIA sont pleins de saveur et nous avons pensé faire œuvre utile en traduisant *in extenso* ces quelques phrases courtes résumant l'enseignement que donnent chaque jour dans leurs leçons nos maîtres français les plus en vue, BUDIN, PINARD, etc. Paraphrasant la phrase « Le lait de la mère appartient à l'enfant » que PINARD a fait écrire en grandes lettres dans l'amphithéâtre de Beaudelocque ; ULECIA place ses « Préceptes hygiéniques pour les mères », ainsi qu'il intitule son chapitre, sous l'exergue suivant : « C'est le devoir sacré de toute bonne mère de nourrir son enfant ».

Puis viennent les conseils suivants :

I. — Fais ton possible pour élever ton fils. Si ton lait fait défaut ou s'il est de mauvaise qualité, aie d'abord recours à l'allaitement mixte (sein et biberon), ensuite à une bonne nourrice. Lorsque l'un ou l'autre procédé sera devenu *absolument* impossible, tu pourras seulement avoir recours à l'*allaitement artificiel* (biberon), MAIS BIEN RÉGLEMENTÉ.

II. — Quel que soit le procédé adopté, tu ne donneras le sein ou le biberon à l'enfant que *toutes les deux heures* pendant les trois premiers mois, plus tard de *trois en trois heures* durant le jour et, *au maximum*, une ou deux fois durant la nuit. Vous pourrez ainsi mieux reposer tous les deux. Fais en sorte que l'enfant ne soit jamais gavé, car s'il prend une quantité de lait plus grande que celle qui correspond à son âge, il est extrêmement exposé à la maladie. Puis lorsqu'il tette, ne le couche jamais *la bouche en bas*, mais au contraire sur le côté et préférablement le côté droit.

III. — Que son corps soit toujours bien lavé sans oublier le dedans des narines *afin qu'il puisse bien respirer*.

IV. — Quotidiennement, mène-le à la promenade, si possible, en choisissant, en hiver, les heures de soleil. *Ne le sors jamais la nuit, meme en été.*

V. — Vaccine-le vers trois mois accomplis. Fais-le plus tôt s'il survenait une épidémie de variole.

VI. — Pèse-le tous les 8 ou 15 jours, rien ne vaut la balance *pèse-enfant* pour connaître le véritable état de nutrition de ton fils.

VII. — Lorsqu'il souffrira du moindre trouble de l'abdomen, préviens *immédiatement* le médecin. *La diarrhée, chez l'enfant, est aussi à craindre que la tuberculose chez l'adulte.*

VIII. — Il est *indispensable* que jusqu'à l'âge de trois ans, le ventre soit enveloppé (même en été) d'une fine bande de flanelle, légèrement serrée.

IX. — La dentition est un événement naturel presque toujours qui, chez les enfants *bien soignés*, amène rarement des troubles graves de leur santé.

X. — *Le lait* doit être, pendant les dix premiers mois, la nourriture *exclusive* de l'enfant. Ensuite emploie les soupes (faites d'eau, de sel et de lait) et les œufs. Plus tard, les soupes au bouillon et les poissons blancs. Garde-toi de donner des substances contenant de la graisse *avant quinze mois* ; NE DONNE PAS DE VIANDE AVANT TROIS ANS ACCOMPLIS. Le vin est nuisible.

XI. — Prends soin de ton fils jusqu'à quatre ans, qu'il dorme suffisamment : *12 à 14 heures au moins*, ainsi l'exige l'excitabilité de son système nerveux. Ne le couche jamais avec une autre personne, pas même avec toi, car l'enfant doit toujours dormir seul en son berceau.

XII. — *En résumé* : Prends soin qu'il ne mange *ni ne boive* jamais avec excès, pas plus qu'entre ses repas réguliers. Tu éviteras ainsi des troubles gastro-intestinaux (*indigestion* ou *diarrhées*) qui sont la principale cause de l'*énorme mortalité* de la première enfance. (*Progrès Médical*).

Contre la dépopulation

On a proposé une foule de moyens pour combattre la dépopulation. Il en est un qui mériterait d'être pris en considération

et dont l'avantage serait déjà de modifier le jeu du suffrage universel. Il consisterait à donner au père de famille, dans les élections, autant de voix qu'il aurait d'enfants mineurs. Et M. LENEVEU (de Trouville), qui a émis cette idée, y tient d'autant plus que cela ne coûterait rien à l'Etat ; que c'est bien démocratique : que, dans la lutte sociale et politique, dorénavant âpre et fatale, ce serait une arme de résistance et même de domination, pour la classe de la société qui ne voudrait pas se laisser absorber par sa rivale ; que ce serait enfin juste et judicieux.

(*Bull. général de Thérapeutique*).

ALCOOLIA

Ivresse tarifiée

L'Etat de Michigan semble se soucier fort peu de combattre l'alcoolisme. Il préfère tirer de l'abus des boissons un avantage immédiat, sans songer à quelles dépenses éloignées (hôpitaux, asiles d'aliénés, prisons, etc.) l'entraîneront les buveurs. *Le Monde économique* nous apprend que, dans ce paradis des ivrognes, l'on vend, moyennant 5 dollars, des permis d'ivresse, donnant le droit de boire pendant toute une année à tous les bars possible, aussi souvent qu'on le désire, sans être inquiété en cas d'ivresse manifeste.

Doux pays !...

(*Rev. d'Hyg.*).

La glorification du petit verre

Une histoire qui n'est pas un conte.

Il y a quelques années, l'alcoolisme sévissait en Ecosse : l'hospitalité écossaise n'a jamais été un vain mot, et quand la verte Erin fête ses hôtes, c'est avec accompagnement de force beuveries

Quelques philanthropes bien intentionnés — ne le sont-ils pas tous et toujours ? — s'avisèrent de guérir leurs compatriotes du vice d'ivrognerie — et aussitôt furent créées des sociétés de tempérance.

La religion bientôt s'en mêla ; le culte de l'eau claire fut décrété ; les femmes se mirent de la partie ; et l'opinion, plus forte que les lois, ne tarda pas à opprimer la liberté.

« Mes frères, dit un jour un ministre à ses paroissiens, vos excès ne sont plus tolérables. Habituez-vous, quelque chose que vous fassiez, à le faire avec modération, et surtout soyez sobres de liqueurs fortes.

« En vous levant, vous pouvez prendre *un* petit verre pour vous fortifier l'estomac, *un* autre avant le déjeuner, et, à la rigueur, *un* après. Mais ne soyez pas constamment à boire.

« Si vous sortez le matin, vous pouvez prendre *un* petit verre à cause du brouillard ; peut-être *un* autre avant le diner, ce qui n'a rien de condamnable en soi ; mais qu'on ne vous voie pas constamment la bouteille à la main.

« Personne ne trouvera mauvais que vous preniez *un* petit verre au dessert, *un* autre quand on desservira la table, à la santé de vos amis. Tout cela est raisonnable ; il en est même qui, pour se tenir éveillés dans l'après-midi et se donner du cœur au travail, ont besoin d'*un* verre ou de *deux* ; mais ce qui est honteux, c'est de se vautrer dans la boisson.

« Quand la journée est finie, c'est différent ; on peut se délasser, prendre *un* verre avant le souper, *un* verre ensuite. Après le thé, *un* verre n'est certes pas de trop.

« Enfin, comme on ne peut pas se défaire tout à coup d'une longue habitude, j'admettrai, si vous voulez, *un* verre ou *deux* pour se rendormir ; mais du moins, mes chers frères, tenez-vous-en là, autrement vous franchiriez les bornes de la modération. »

Voilà un sermon qui dut avoir, je le gage, un certain succès.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Apposition de placards antialcooliques sur la boutique d'un marchand de vins

Un quidam, — membre, sans doute, ou partisan, tout au moins, de la **Réclame antialcoolique**, laquelle, comme on le sait, ne manque pas d'audace, — s'était avisé de coller de petites étiquettes contre l'usage de l'alcool sur la boutique d'un... marchand de vins de Paris : il avait pensé que le plus sûr moyen de détruire l'ennemi, c'était de l'attaquer dans son propre repaire. L'ennemi ne vit dans cette attaque directe qu'une farce et une mauvaise farce, qui méritait vengeance, ce pour quoi il fit appel aux foudres de la Justice, sous la forme d'une action en dommages-intérêts, intentée contre l'afficheur devant le tribunal de commerce de la Seine.

Que croyez-vous qu'il advint ? Dame Justice ne méconnut pas que le fait aurait pu, d'après les principes du droit, donner lieu à l'application du fameux article 1382 du Code civil. Mais elle reconnut qu'en l'espèce l'une des conditions d'application de cet article faisait défaut. L'afficheur avait manqué son coup. La farce, si farce il y avait, avait fait long feu. Heureusement pour l'afficheur, ses étiquettes étaient restées inoffensives. elles n'avaient causé aucun préjudice, ou, du moins, aucun préjudice qui pût être prouvé. Et, gravement, le tribunal de commerce de la Seine débouta le marchand de vins de sa demande en dommages-intérêts, attendu qu'il n'établissait nullement et n'essayait même pas d'établir que le fait de l'apposition desdites étiquettes ait diminué en quoi que ce soit le bénéfice de son commerce de marchand de vins ou ait éloigné de son comptoir un seul de ses clients. — Trib. de commerce de la Seine, 28 mars 1903 (*Journ. La Loi*, du 29 avril 1903.)

Rapprocher : trib. corr. Amiens, 8 février 1900 (*Echo médical du Nord*, 1900, (p. 416.)

J. JACQUEY.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Il y a deux ans, une **Société des Conférences anthropologiques** a été fondée dans le but de répandre dans le public le goût de l'histoire naturelle de l'homme et d'en faire connaître les résultats. Depuis cette époque, la Société a donné, chaque hiver, une série de conférences sur les différentes branches des sciences anthropologiques qui ont eu un succès croissant.

La Société des Conférences anthropologiques, voyant aujourd'hui son œuvre consacrée, veut lui donner tous les développements qu'elle comporte. Elle a donc décidé de passer à l'exécution de la seconde partie de son programme, qui consiste à faire appel aux anthropologistes de la province et de l'étranger. Toute personne de province qui s'occupe d'Anthropologie se trouve isolée et ne sait à qui s'adresser quand elle vient dans la capitale. La Société des Conférences anthropologiques offre de lui donner tous les renseignements scientifiques et pratiques qu'elle peut désirer et d'être à Paris son correspondant bénévole. De plus, et c'est là un point important, la Société procure à ses adhérents une salle parfaitement aménagée dans le cas où ils désireraient faire une conférence sur le sujet qui les intéresse. Une tribune leur est assurée, où ils pourront divulguer leurs idées au public parisien.

Pour permettre la diffusion de la Société et assurer la participation de tous les savants de la province et de l'étranger, la cotisation minimum a été fixée à cinq francs par an.

Il suffit, pour faire acte d'adhésion, d'adresser cette modique somme par bon de poste ou mandat au trésorier, le docteur Félix Regnault, 225, rue St-Jacques, Paris, 5e.

Dans la dernière session du **Conseil supérieur de l'Instruction publique**, M. Abelous a émis le vœu que, pour tenir compte des *desiderata* nettement exprimés à plusieurs reprises par les Facultés de médecine, il fût institué le plus tôt possible une Commission chargée d'étudier les voies et moyens permettant d'améliorer sérieusement le statut actuel des agrégés de médecine dans le sens d'une prolongation notable, voire même de la pérennité des fonctions.

La section permanente a été d'avis — lequel avis a été adopté par le ministre — qu'il y avait lieu de prendre le vœu en considération.

— M. Brouardel a demandé qu'il soit créé une section spéciale d'hygiène dans l'agrégation de médecine. La Commission permanente n'a pas adopté ce premier point, mais elle a consenti cependant à ce que les Facultés de médecine puissent créer un diplôme universitaire portant la mention « hygiène ». Le ministre a adopté cette manière de voir.

UNVERSITÉ DE PROVINCE

Poitiers. — M. le docteur Alban de la Garde, professeur de pathologie interne à l'école de médecine de Poitiers, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Petit, médecin suppléant, est chargé pour l'année scolaire 1903-1904, du cours d'histologie.

Lyon. — M. le docteur Fabre, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1903-1904, d'un cours de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Lyon.

Reims. — M. le docteur Laurent, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Reims, est chargé d'un cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Guéneau de Lamarlière, décédé.

Distinctions Honorifiques

Instruction publique. — Est nommé *officier de l'instruction publique* : M. le docteur Vital, de Puybrun (Lot).

Sont nommés *officiers d'académie* : MM. les docteurs Ansaloni, de Romorantin (Loir-et-Cher) ; Bastié, de Graulhet (Tarn) ; Racanière, de Drons (Gard) ; Remy, de Dombasle-sur-Meurthe (Meurthe-et-Moselle) ; Quentin et Roblot, de Paris ; Teulon, d'Aiguesvives (Gard) ; Faure, de Lamalou-les-Bains (Hérault) ; Cannac, à Réalmont (Tarn) ; Pillet, à Baignes (Cher).

Médaille des épidémies.— La médaille des épidémies a été décernée à M. Florion, interne, et une lettre de félicitations adressée à MM. Daumesnil, interne, Née et Beaurain, externes des hôpitaux de Rouen, pour leur conduite au cours de l'épidémie de dothiénentérie.

Légion d'honneur. — Est nommé *chevalier* : M. le docteur Pascal, médecin-major de 2e classe au 27e dragons.

Dons et Legs

Reims. — M. Lucien Soussillon, négociant en tissus à Reims, vient de mourir, laissant au bureau de bienfaisance 25.000 francs et aux hospices 100.000 francs.

Notre Carnet

Le docteur Charles Ruyssen, de Montalieu-Vercieu (Isère), nous fait part de la naissance de sa fille Odette. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de bonheur pour la mère et l'enfant.

— Le docteur Lequint, de Harnes (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille Irène. Nos meilleurs vœux pour la mère et l'enfant.

— Le jeudi 22 octobre a été célébré à Lille le mariage de M. le docteur P.-E. Lefebvre, avec Mademoiselle Marguerite Smet. Nos meilleurs souhaits.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Rascal, ancien médecin sanitaire maritime.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire index du praticien pour adultes et enfants, par le docteur P. Macrez, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-18, interfolié de papier blanc, reliure souple. — A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, provisoirement : 95, boulevard Saint-Germain.

Le formulaire index du praticien, du docteur Macrez, est composé d'après un plan entièrement nouveau et ne présente aucune analogie avec les autres formulaires. Il est essentiellement pratique. Comme tel, il indique à chaque médicament, la posologie exacte pour l'adulte et pour l'enfant aux différents âges. Jusqu'alors, les formulaires étaient pour adultes ou pour enfants. Dans ce livre, l'auteur a placé les doses pour adultes et les doses pour enfants (par année d'âge) en regard les unes des autres. — De plus, il donne les renseignements nécessaires sur la solubilité, l'incompatibilité, les propriétés et les antidotes (si utiles) des divers médicaments. Il contient seulement les formules d'urgence pour les bains, collyres, lavements, injections hypodermiques, purgatifs, l'opothérapie, la sérumthérapie, supprimant toutes les formules non indispensables immédiatement. — Il ne renvoie pas d'un mot à un autre, il mentionne les préparations du Codex et permet au médecin de noter ses observations et de composer ou d'inscrire ses formules. — De même qu'il a son arsenal chirurgical à lui, de même le médecin doit avoir son arsenal médical à lui, fabriqué pour lui, par lui, sans avoir à glaner au hasard, çà et là, des données plus ou moins bonnes qu'on lui dit excellentes. Il n'est de bon formulaire que celui qu'on se fait soi-même. Pour permettre d'arriver à ce but, le formulaire-index du praticien offre un format commode pour la poche qu'il ne doit pas quitter, et les pages blanches intercalées dans le texte sur lesquelles le médecin pourra se composer une formule, grâce aux indications qu'il recueillera dans le livre. Pour ces différentes raisons, ce formulaire s'adresse à tous, aussi bien à l'étudiant, au débutant, qu'au maître et au vieux praticien. On se demande même comment on a pu jusqu'ici se passer de ce guide dont l'utilité est de toute évidence.

OUVRAGES REÇUS

— **Rapport médical pour l'année 1902 sur l'asile public d'aliénés de Saint-Yon,** Rouen, Cagniard, 1903.

— **Variations dans la composition des urines du chien,** par MM. A. Lumière, L. Lumière et J. Chevrotier; extrait des *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique.*

— **Six laparotomies pour tumeurs de l'abdomen ; sur l'appendicite, neuf cas, six opérations** par le docteur H. Ferré, extraits du *Bulletin de la Société médicale de Pau,* Garet, 1903.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

42e Semaine, du 11 au 17 Octobre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	2	1
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	3	5
40 à 60 ans	5	4
60 à 80 ans	7	8
80 ans et au-dessus	1	»
Total	29	32

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	8	13	18	21	7	14	9	4	13	3	6	116
TOTAL des DÉCÈS	5	7	11	6	5	6	5	4	8	1	3	61
Autres causes de décès	1	1	1	»	1	3	3	2	6	»	»	18
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire	1	3	1	»	3	1	»	»	1	»	»	10
Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	3	2	»	4	»	1	1	»	»	1	2	14
Maladies organiques du cœur	»	1	1	2	1	»	1	»	»	»	»	6
Bronchite et pneumonie	»	»	4	»	»	1	»	»	»	»	»	5
Apoplexie cérébrale	»	»	3	»	»	»	»	2	1	»	»	6
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 355. Septième Année. N° 44. Le Numéro : 10 centimes 1er Novembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La main-bote acquise d'origine osseuse

Par le Dr **Lambret**, agrégé, chargé du cours de médecine opératoire

Notre titre dit assez que nous éliminons de cette étude les nombreuses variétés de mains-botes d'origine congénitale, ou bien consécutives à des rétractions cicatricielles dues à des brûlures de la main et de l'avant-bras, à des lésions inflammatoires des tendons et de leurs gaînes. La main-bote d'origine osseuse est due exclusivement soit à une perte de substance, soit à un arrêt de développement d'un des os de l'avant-bras ou du carpe. De là, la distinction de deux variétés de main-bote osseuse faite pour la première fois par notre ami Lefebvre (1) dans sa thèse récente : la première, consécutive à la destruction totale ou partielle du radius ou du cubitus à laquelle on peut donner le nom de main-bote *d'origine anti-brachiale* ; la seconde résultant de la disparition d'un ou de plusieurs os du carpe que nous appellerons main-bote *d'origine carpienne* ; cette dernière variété n'avait jamais été décrite ni étudiée.

(1) G. Lefebvre. Thèse de Lille, 1903.

La main-bote osseuse est une affection acquise qui dans la très grande majorité des cas s'observe dans l'enfance et à laquelle on peut reconnaître une triple origine : A) inflammatoire, B) traumatique, C) opératoire.

A) Les affections inflammatoires capables de provoquer une main-bote sont celles qui sont susceptibles d'atteindre et de détruire les os de l'avant-bras ou du carpe ; à l'heure actuelle toutes les observations ont trait à l'ostéomyélite ou à la tuberculose ; une seule douteuse est attribuée à la syphilis. L'ostéomyélite qui atteint les os en voie de développement détruisant leurs cartilages de conjugaison s'observe surtout comme cause déterminante de la main-bote d'origine antibrachiale. Au contraire, c'est la tuberculose qui est en cause dans notre observation de main-bote d'origine carpienne ; ici la lésion est en somme analogue à celle qu'on observe dans le spina ventosa : ostéite raréfiante à séquestres parcellaires qui aboutit à la destruction de l'os.

Et immédiatement, on se rend compte que le mécanisme qui commande à la production de l'une ou de l'autre de nos variétés de main-bote est absolument différent. Dans la main-bote antibrachiale voici comment les choses se passent : à un âge où le squelette n'a pas acquis son complet développement, un des

deux os de l'avant-bras, le radius le plus souvent, est atteint d'une des maladies infectieuses citées plus haut, qui attaque et détruit plus ou moins son cartilage d'accroissement; il en résulte que le radius se trouve arrêté dans sa croissance d'autant plus que la lésion qu'il porte est plus profonde; désormais, il ne grandira plus ou il ne grandira que d'une façon imparfaite, cependant que son voisin le cubitus continuera à s'accroître normalement, comme le reste du squelette; on observera donc bientôt une inégalité de longueur entre les deux os de l'avant-bras et comme conséquence une déviation de la main du côté de l'os le plus petit.

La main-bote carpienne est due à la destruction d'une portion des os du carpe. Supposons pour un instant que le carpe (et même le métacarpe) soient formés de deux colonnes osseuses longitudinales juxtaposées. Si l'une de ces deux colonnes vient à manquer en tout ou en partie, un vide se produit et, au niveau de cette perte osseuse, la main s'infléchit latéralement pour rétablir autant que possible l'articulation entre ce qui reste de la colonne osseuse et les os de l'avant-bras. Ainsi se trouve constituée une main-bote.

Qu'on y prenne bien attention, cette différence dans la pathogénie des deux variétés de main-bote anti-brachiale et carpienne est d'une importance capitale ; elle nous explique à l'avance les distinctions que nous établirons entre elles dans leur physionomie clinique et surtout dans la façon de les traiter.

B) Les déformations consécutives à la fracture de l'extrémité inférieure du radius étant mises à part et ne devant pas entrer en ligne de compte le traumatisme capable de causer une véritable main-bote est le décollement épiphysaire. Dans le décollement épiphysaire traumatique la raison de la déformation est en somme la même que dans l'ostéomyélite, c'est une lésion du cartilage de conjugaison en vertu de laquelle on observera comme complication éloignée un arrêt d'accroissement de l'os. Cette lésion, ce n'est plus l'infection, c'est le traumatisme qui la réalise par écrasement et destruction plus ou moins complète du cartilage conjugal (Voyez observation III).

C, Tout autre est le mécanisme de la main-bote opératoire, mécanisme très simple d'ailleurs et qui n'a pas besoin d'être expliqué ; il s'agit de cas dans lesquels on a dû faire la résection de l'extrémité inférieure d'un des deux os de l'avant-bras ou de cas dans lesquels au cours d'une résection des poignets le chirurgien a fait une mauvaise section des os ou une section inégale des cartilages d'accroissement.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on se trouve en présence d'une main-bote osseuse, c'est, est-il besoin de le dire, la déformation caractérisée par une déviation de la main vers l'un des bords interne ou externe (déviation principale) et parfois aussi vers la face dorsale ou palmaire de l'avant-bras (déviation accessoire). Deux grandes catégories de symptômes sont à envisager, les uns sont le résultat de la déformation subie par la main et l'avant-bras, les autres sont constitués par la disparition plus ou moins complète des mouvements normaux et par l'apparition de mouvements anormaux qui se sont substitués aux premiers. A cet égard il y a lieu de décrire séparément les deux variétés de main-bote osseuse. Dans la main-bote d'origine anti-brachiale il convient de signaler en première ligne la direction suivant laquelle se fait la déviation de la main ; normalement l'axe de l'avant-bras et celui du troisième métacarpe se correspondent ; ici, au contraire, ces deux axes présentent un écart considérable et ils forment un ‾‾‾‾|____ allongé dont les deux traits horizontaux présentent un écartement en rapport avec l'importance de la déviation (Voyez fig. 4).

L'os de l'avant-bras non malade est généralement incurvé et son extrémité inférieure fait une saillie considérable sous la peau qu'elle menace de perforer (voy. fig. 1). Les apophyses styloïdes (quand l'une des deux n'est pas détruite) du cubitus et du radius ont perdu leurs rapports anatomiques, et la différence de niveau qui existe normalement entre elles se trouve exagérée dans un sens ou dans l'autre. Dans presque toutes les observations on note ce fait qu'il existe une exagération du creux de la main, qui se trouve transformé en une sorte de gouttière dont le fond est constitué par le troisième métacarpien et dont les bords sont représentés par les premier et deuxième métacarpiens d'une part et les quatrième et cinquième d'autre part.

La palpation permet en outre de constater des modifications dans la conformation de l'os, modifications qui sont sous la dépendance de la lésion initiale et qui varient, suivant qu'il y a eu traumatisme ou inflammation. Souvent, comme dans notre observation I, les lésions se sont étendues au poignet et se traduisent par des ankyloses et des soudures des os

du carpe entre eux et avec le radius. — C'est d'elles que dépend la limitation des mouvements de flexion et d'extension. Quant aux mouvements d'adduction, ils sont supprimés dans la main-bote radiale; dans la main-bote cubitale, c'est l'inverse qui se produit. Mais le caractère important de la déformation de la main-bote d'origine antibrachiale, c'est l'*irréductibilité de la déviation*, et ce symptôme se conçoit aisément si on songe que c'est l'os resté normal qui est la cause de la déformation et qu'il ne peut que constituer par sa présence un obstacle formel à la réduction. Voici une belle observation de main-bote due à la destruction du cartilage de conjugaison du radius.

Observation I (recueillie par le docteur Bachmann), au sanatorium de St-Pol-sur-Mer dans le service de M. Lambret. — L'enfant Gobert, Joseph, entre au sanatorium de St Pol-sur-Mer, le 7 juin 1900. Il est âgé de 11 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents inconnus qui ont abandonné l'enfant avant son entrée au sanatorium. Une sœur plus âgée, bien portante mais nerveuse.

Antécédents personnels. — L'enfant ne se rappelle pas avoir été malade. Il est seulement sujet aux maux de tête.

Histoire. — Quelques mois avant son entrée au sanatorium, le père, étant ivre, se livre sur lui à des voies de fait; il tombe sur le sol, l'avant-bras gauche engagé dans l'anse d'un broc. Fracture de cet avant-bras.

Consécutivement à cette fracture, quelques semaines après, le membre gonfle, devient rouge et douloureux, il se forme un abcès qui livre passage à plusieurs séquestres.

La suppuration continue et l'enfant est admis au sanatorium.

Examen. — A son entrée, on constate :

1° Déviation prononcée de la main gauche du côté

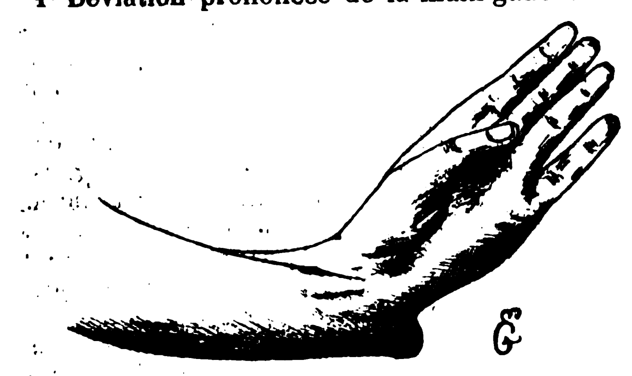


Figure 1.

radial, telle que la main infléchie *en dehors*, fait avec sa direction normale, prolongeant celle de l'avant-bras, un angle de 50 degrés environ.

2° *Incurvation légère du cubitus* à convexité cubitale, avec saillie considérable sous les téguments de l'extrémité inférieure de cet os, dont l'apophyse styloïde menace de perforer la peau au niveau du poignet.

3° Raccourcissement du radius qui présente à sa partie moyenne une solution de continuité ; les extrémités osseuses paraissent amincies. Elles arrivent au contact l'une de l'autre en chevauchant légèrement et en formant un angle obtus ouvert du côté radial.

Une cicatrice irrégulière, partant du milieu de la face dorsale de l'avant-bras, croise obliquement, en le bridant, le bord radial, se dirige en bas et vient se terminer à la face palmaire, près du bord radial. Aux deux extrémités de cette cicatrice existent deux orifices fistuleux, l'un dorsal, l'autre palmaire, suppu-

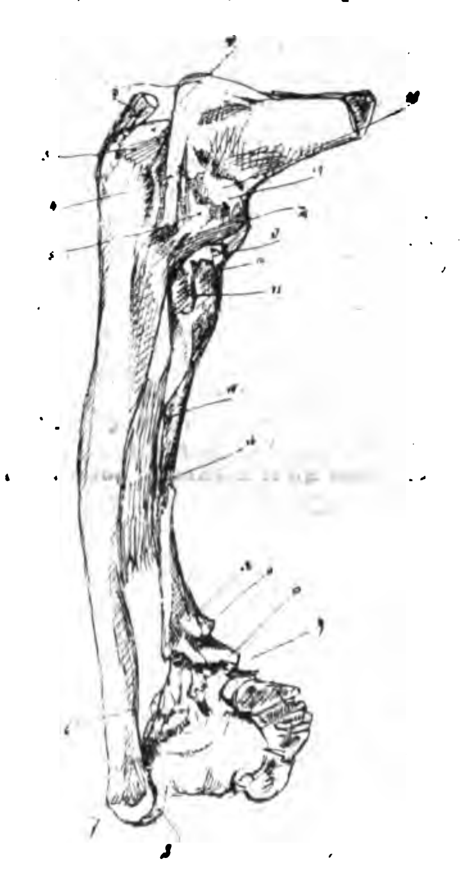


Figure 2.

rant assez abondamment et communiquant entre eux par un trajet irrégulier que le stylet ne peut suivre.

L'exploration successive des deux orifices ne permet pas de déceler la présence d'os dénudé.

Des injections d'éther iodoformé sont faites deux fois par semaine dans les fistules, mais, la peau de l'enfant ne supportant pas l'iodoforme, qui produit des érythèmes intenses, on remplace l'éther iodoformé par le sublimé, puis par l'eau oxygénée.

La suppuration diminue, mais ne s'arrête jamais complètement : elle persiste sans grande abondance.

Etat général bon. L'enfant ne présente d'ailleurs aucun signe de scrofule, mais il est nerveux, paraît toujours sous l'influence de la crainte et se plaint fréquemment de légers maux de tête.

En janvier 1903, la suppuration étant tarie, on

décide de remédier à la déformation du membre par une opération, qui sera la suivante :

Résection et avivement des deux fragments de la pseudarthrose radiale, avec suture ; résection de quelques centimètres du cubitus, avec suture des extrémités osseuses coaptées, de façon à donner aux deux os de l'avant-bras, reconstitués dans leur continuité, une longueur égale et à obtenir un avant-bras raccourci, mais solide, muni d'une main normale dans sa direction.

25 février. — Quelques jours avant l'intervention, l'enfant est ramené à la consultation du sanatorium. On diagnostique une méningite, dont il meurt le 7 mars. L'autopsie confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse.

L'avant-bras a été examiné par notre excellent collègue et ami Gérard. On trouvera dans la thèse de Lefebvre les résultats de sa dissection minutieuse et savante, dont voici le résumé : la lésion principale siégeait sur le radius qui, mal formé, était divisé en deux parties, l'une supérieure, comprenant la tête et la moitié de la diaphyse, l'autre inférieure, très atrophiée ; ces deux portions réunies ensemble par un faisceau fibreux. Le cubitus de longueur normale était incurvé sur lui-même. L'articulation du coude paraissait exclusivement huméro-cubitale. — Tout le carpe avait subi un mouvement de translation en dehors et en haut. Le scaphoïde et le semi-lunaire soudés entre eux étaient également soudés à l'extrémité inférieure du radius tandis que le pyramidal non déformé avait basculé et s'articulait d'une façon anormale avec la face externe du cubitus.

Dans la main-bote d'origine carpienne, le symptôme caractéristique de l'affection est toujours, bien entendu, la déviation de la main, mais les os de l'avant-bras sont intacts, ils conservent leurs rapports normaux et la main seule attire l'attention. Si on considère, comme nous l'avons supposé plus haut, le carpe comme formé par deux colonnes osseuses, l'une interne, l'autre externe, si l'interne qui correspond au cubitus se trouve détruite, la main se portera en adduction forcée ; si au contraire la colonne externe est frappée de nécrose, la main se déviera dans le sens de l'abduction.

La voussure du creux de la main est beaucoup moins prononcée. La déviation du pli radio-carpien existe au même degré. Quant aux mouvements de flexion et d'extension ils n'étaient pas modifiés dans notre observation, ils pourraient l'être si l'affection initiale avait atteint l'articulation radio-carpienne et avait guéri par ankylose.

Les mouvements d'adduction et d'abduction sont exagérés ou limités suivant les cas ; en effet, si on a affaire à une main-bote cubitale (voy. observation II), l'adduction dépasse la normale, l'abduction au contraire est limitée ; c'est l'inverse qui se produit dans le cas de main-bote radiale.

Deux caractères de la déviation séparent nettement la main-bote carpienne de la main-bote antibrachiale :

1° L'axe de l'avant bras et celui du 3me métacarpien ne représentent plus un ‾‾‾/___, c'est-à-dire deux lignes parallèles réunies entre elles par une troisième à peu près perpendiculaire ; dans le cas de main-bote carpienne, ces deux axes se rencontrent et forment un angle d'autant plus ouvert que la déviation est moins accentuée. L'examen des figures 3 et 4 est très explicite à cet égard ;

2° La déformation est réductible, tout au moins partiellement, et, si on déploie une force suffisante, on arrive, au prix d'une douleur plus ou moins vive, à ramener la main dans l'axe normal. Ce fait se comprend très bien, puisqu'il n'y a aucun obstacle osseux et que seul pourrait s'opposer à la réduction le tissu cicatriciel, qui remplace l'os nécrosé.

Voici une observation de main-bote carpienne :

Observation II (recueillie par le Dr Bachmann au Sanatorium de Saint-Pol-sur Mer, dans le service de M. Lambret). — D..., Gaston, né le 6 juin 1894, entre, le 15 mai 1902, au Sanatorium, porteur d'une fistule au niveau de la base du 5me métacarpien, à la face dorsale de la main.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de particulier : les parents sont bien portants. L'enfant a une sœur aînée robuste, un frère de cinq ans et une sœur de deux ans et demi, ayant eu une bronchite.

Le malade a été élevé au biberon ; il a eu de la gastro-entérite dans sa première enfance et la rougeole à trois ans et demi

D'après les parents, le début de la lésion qui nous occupe remonte en octobre 1897. L'enfant ressentit une violente douleur à la suite d'une compression de la main. Cette douleur se répète à chaque pression nouvelle et, trois mois après, on constate l'apparition d'une rougeur à la face dorsale de la main, au niveau de la base du premier métacarpien. Il se forme un abcès qui s'ouvre spontanément et suppure quinze jours.

Peu de temps après la cicatrisation de cet abcès, nouvelle tuméfaction à la face dorsale de la main, à la base du 2me métacarpien ; ouverture spontanée de la collection, d'où résulte une petite fistule, qui persiste jusqu'en octobre 1898.

Cette fistule tarie, on remarque, au bout de trois mois, l'apparition et l'ouverture spontanée d'un abcès siégeant à la base du 5me métacarpien, face dorsale.

L'enfant a huit ans lorsqu'il entre au Sanatorium. A ce moment, outre les cicatrices des deux premiers abcès, il porte une fistule à bords ulcérés à la base du 5me métacarpien. Les bases des deux premiers sont douloureuses.

Il y a peu de suppuration ; l'attitude de la main est vicieuse, l'adduction considérable. Le bord cubital de la main forme, avec le côté correspondant de l'avant-bras, un angle d'environ 130° ouvert en dedans.

Le 20 mai 1903 (?), la fistule étant tarie et cicatrisée depuis un mois et toute douleur ayant disparu, on décide de ramener la main dans une attitude aussi bonne que possible et de l'y fixer au moyen d'un appareil.

L'attitude vicieuse ne paraît pas s'être beaucoup exagérée ; l'articulation du poignet a tous ses mouvements de flexion et d'extension ; elle n'est le siège d'aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression, ni aux mouvements, et paraît absolument indemne. Les mouvements de latéralité du poignet sont cependant moins étendus que du côté sain. On peut exagérer l'adduction de la main jusqu'à ce que son bord cubital fasse avec l'avant-bras un angle presque droit (100 à 110°), mais il est impossible de redresser la main d'une façon absolue et de ramener son axe dans le



Figure 3

prolongement de celui de l'avant-bras sans produire en même temps une légère flexion du poignet.

Par une pression attentive du carpe au voisinage de la base du 3me métacarpien, on perçait un point douloureux très limité ; non loin de ce point, à la face dorsale du poignet, il existe une tuméfaction légère non douloureuse et une fluctuation d'ailleurs difficile à sentir.

L'enfant est assez adroit de sa main malade ; la force musculaire est un peu diminuée cependant ; l'atrophie est, du reste, considérable.

Circonférence des bras à la partie moyenne :

Côté sain : 17 cm.
Côté malade : 16 1/2.

Circonférence des avant-bras au niveau du tiers supérieur, à distance égale du pli du coude :

Côté sain : 17 cm.
Côté malade : 15 cm.

L'état général de l'enfant a toujours été excellent.

La radiographie de cette main a été faite ; elle montrait une large perte de substance au niveau de la colonne osseuse interne du carpe.

Nous n'insisterons pas davantage sur la symptomatologie de la main-bote osseuse dont le diagnostic est toujours évident basé sur les antécédents, les connaissances de l'affection initiale, les constatations que fournit l'examen du malade et les renseignements donnés par la radiographie. L'examen radiographique est ici de première nécessité non pas tant pour le diagnostic que pour l'importance des résultats qu'il fournit au point de vue du traitement.

Quelle est la conduite à tenir en présence d'une main-bote osseuse *d'origine antibrachiale ?* La solution du problème ne manque pas d'une certaine complexité. En effet rappelons que la déviation de la main est irréductible et qu'elle doit son irréductibilité à sa nature osseuse ; toute tentative de redressement à l'aide d'un traitement purement orthopédique pur est donc d'avance condamnée à échouer ; seule une opération destinée soit à allonger l'os trop court soit à raccourcir l'os trop long a chance de réussir. Toutefois une grosse difficulté surgit qui tient à ce fait, que, chez les sujets atteints de main-bote, la croissance n'est pas achevée, en sorte que la réduction de la déviation même si elle a été obtenue au prix d'une opération, peut ne pas rester définitive et qu'on peut voir la déformation se reproduire au fur et à mesure des progrès de la croissance.

Prenons comme exemple une main-bote radiale : le radius est atrophié, le cubitus, quoique un peu incurvé, peut être en principe considéré comme ayant sa longueur normale. Chercher à allonger le radius en ajoutant à sa diaphyse par un procédé quelconque une certaine quantité d'os serait une conduite très aléatoire, d'une exécution hérissée de difficultés et d'un résultat douteux ; c'est donc à obtenir le raccourcissement du cubitus que doivent tendre les efforts du chirurgien. L'ostéoclasie, manœuvre brutale et aveugle, l'ostéotomie, quoique plus précise, doivent être rejetées toutes deux, elles produisent en effet une fracture du cubitus grâce à laquelle on pourra obtenir le redressement de la déviation mais au prix d'un chevauchement considérable des deux fragments ; ce chevauchement des extrémités fracturées expose le

malade à des complications très graves telles par exemple que la non-consolidation de la fracture, des lésions des parties molles, des compressions des nerfs et des vaisseaux, etc. C'est ainsi que se trouve mise en évidence la nécessité de l'ablation d'une certaine longueur de cubitus, longueur à fixer d'avance et d'autant plus grande que l'atrophie du radius est plus considérable. L'opération consistera à faire une résection très simple à réaliser : il suffira de mettre à nu par une incision convenable, puis à dénuder et à sectionner en deux points, soit à l'ostéotome, soit à la scie à chaîne, la portion d'os que l'on aura décidé d'enlever, après quoi les deux fragments seront suturés l'un à l'autre par une suture métallique, le membre redressé sera mis dans un appareil jusqu'à consolidation. C'est la conduite que je me proposais de suivre en principe dans l'observation I lorsque l'enfant a été brusquement emporté par une méningite. Voici une belle observation qui appartient à GÉRARD-MARCHAND et dans laquelle les figures sont particulièrement démonstratives.

OBSERVATION III (GÉRARD MARCHAND) (1). — Le nommé S. J..., dix-huit ans, est entré dans mon service de l'hôpital Boucicaut le 6 février 1899 ; il est couché au lit 11 de la salle Vésale et du pavillon L. LE FORT (aseptiques).

Son admission est motivée par une déformation du poignet, survenue dans les conditions suivantes. A l'âge de 9 ans, c'est-à-dire il y a huit ans, il est tombé d'un arbre sur les deux poignets et se fractura les deux radius. D'après son dire, le poignet gauche (côté malade) était plus gravement atteint que le droit. Il fut soigné pendant deux mois par un rebouteur.

A partir de cette époque, le poignet gauche ne put plus être fléchi complètement sur l'avant-bras. C'est il y a deux ans, à l'occasion d'une nouvelle chute, cette fois sur le coude gauche, qu'il s'aperçut que le poignet se déformait et que le cubitus faisait une très forte saillie en dedans. Cette déformation s'est de plus en plus accusée, progressivement, et des troubles fonctionnels sont survenus. C'est ainsi que la flexion de la main sur l'avant-bras est impossible et que le blessé ne peut serrer un objet entre ses doigts.

Il y a quelques jours, en essayant de soulever une pièce de vin, il éprouva une vive souffrance au niveau du poignet, et ces douleurs, jointes aux troubles fonctionnels précédents, le décidèrent à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La main étant dans la pronation, on constate une déformation du poignet qui peut être ainsi détaillée.

1° Voussure du creux de la main.

2° Saillie anormale de la partie inférieure du radius.

3° Elargissement du diamètre transversal du poignet.

4° Déjettement énorme de toute la main vers le bord radial avec saillie anormale du cubitus, qui dépasse en longueur le radius.

Dans la pronation, l'avant-bras reposant sur sa face antérieure, la saillie du cubitus est très accusée.

Il y a une atrophie des masses musculaires de la main et de la partie supérieure de l'avant-bras.

Si l'on trace l'axe de la main, passant par le troisième métacarpien et l'axe de l'avant-bras, on voit, qu'au lieu de se continuer, les deux axes sont

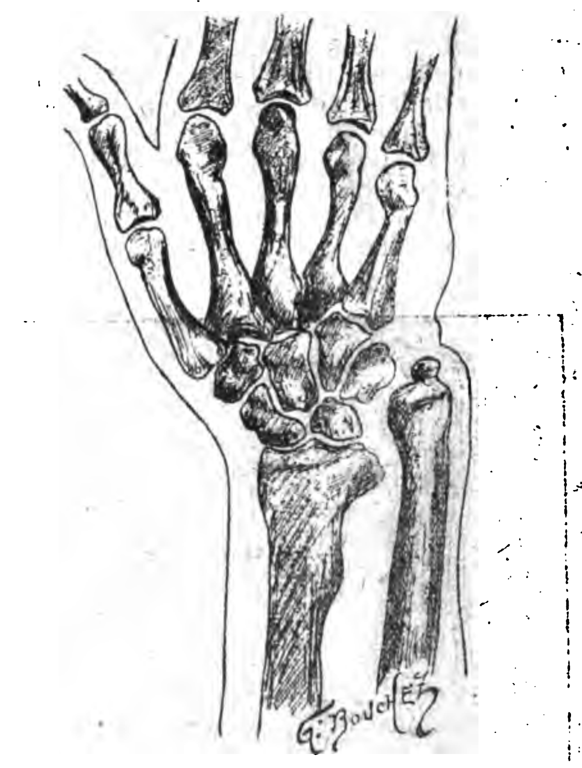


Figure 4.

distants de la longueur d'un doigt. Si on les réunit par une transversale, on obtient le Z amplifié des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Les deux apophyses du radius et du cubitus sont placées à un niveau très différent. Celle du cubitus correspond presque au sommet du cinquième métacarpien et une ligne très oblique en haut et en dehors, accuse la différence de niveau de ces deux saillies.

L'espace interrosseux radio-cubital est considérable, et admet la pulpe de l'index. Cet écartement commande l'élargissement déjà noté.

A la partie antérieure, devant le rebord antérieur du radius, il existe une saillie transversale osseuse sur laquelle se réfléchissent les tendons des fléchisseurs.

Les mensurations viennent confirmer et contrôler tous ces détails. Le radius droit a 25 centim., tandis que le radius gauche n'a que 20 centim. de longueur.

Le cubitus sain a 26 centim., le gauche a 25 centim.

Enfin le diamètre transversal est, du côté malade, de 8 centim., tandis qu'à droite, il est de 6 centim.

Les mouvements du poignet sont très diminués, en tant que flexion qui ne peut s'effectuer sans douleur.

(1) *Revue d'orthopédie*, 1899.

Au contraire, les mouvements d'extension et de latéralité sont exagérés par suite de la laxité articulaire.

La pronation et la supination sont très difficiles.

Le diagnostic est le suivant : troubles d'accroissement en longueur des os de l'avant-bras, consécutifs à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, ayant intéressé le cartilage de conjugaison. Le radius s'est arrêté dans son développement, pendant que le cubitus continuait à croître. La radiographie confirme ce diagnostic.



Figure 5.

Il s'agit de ces faits, qui ont été bien étudiés par le docteur Curtillet, de Lyon, dans sa thèse sur le décollement traumatique des épiphyses (Lyon, 1891).

Comme le cubitus est, par son extrémité inférieure *anormalement placée,* la cause des accidents, je propose une résection de cette extrémité inférieure. Cette résection a porté sur 2 cent. de cet os, calculée à l'avance pour permettre à la portion articulaire de l'extrémité inférieure du cubitus de reprendre sa place.

La coaptation des extrémités sectionnées s'est faite simplement par la suture de la gaîne périostique, et un appareil plâtré laissé 3 semaines, a maintenu la contention des fragments

Le résultat thérapeutique a été excellent et j'ai présenté à mes collègues de la Société de chirurgie cet opéré absolument guéri de sa déformation et de son impotence.

Le malade de Gérard-Marchant avait 18 ans, le résultat thérapeutique immédiat a été excellent et il a des chances de le demeurer parce qu'à cet âge la croissance du cubitus est à peu près achevée. Si le malade était plus jeune comme le nôtre qui avait 11 ans, il est certain qu'on serait exposé à voir la déformation se reproduire au fur et à mesure de l'allongement de l'os. Pour remédier à cette récidive de la déviation, ou pour la prévenir, deux moyens nous restent : 1° la destruction du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du cubitus ; 2° la répétition de la résection.

Le premier moyen a la prétention (pas toujours justifiée comme on va voir) de prévenir la reproduction de la déviation : pour enrayer l'accroissement de l'os sain, il suffit de lui enlever l'organe essentiel de cet accroissement, c'est-à-dire son cartilage de conjugaison. Ollier, dans son traité des résections, a fixé le manuel opératoire de cette intervention. D'après lui le cartilage est abordable pour le radius et pour le cubitus ; pour ce dernier surtout il est sous-cutané dans une partie de son étendue. Pour le radius, il vaut mieux l'attaquer en passant entre les tendons de la région dorsale dans l'espace compris entre le long extenseur du pouce et le deuxième radial. On le distingue à sa teinte opaline qui tranche sur le blanc des parties ossifiées. On introduit alors un petit bistouri étroit parallèlement au plan du cartilage, on l'incise et par un second trait dirigé obliquement par rapport au premier on délimite un petit coin qu'on enlève. On répète la même opération plusieurs fois selon la perte de substance qu'on veut obtenir et on enlève le quart, le tiers ou la totalité de la couche cartilagineuse suivant l'arrêt d'accroissement qu'on veut produire. Ollier fixe de la façon suivante la distance, à travers la peau, qui sépare le cartilage de conjugaison de la pointe de l'apophyse styloïde.

Radius à 4 ans, 11 à 12 millim. ; 15 ans 15 à 16 millim.
Cubitus à 8 ans, 8 à 9 millim. ; 15 ans 11 à 13 millim.

Toutefois il faut se garder de croire qu'il faut enlever le cartilage de conjugaison de l'os sain pour que désormais la déformation ne se reproduise plus. Nous ignorons s'il ne reste pas d'éléments cartilagineux dans l'os malade et nous ne savons pas ce qui peut en rester ; en sorte qu'il est impossible de calculer rigoureusement la quantité dont il faudra diminuer l'accroissement de l'os sain ; d'où il résulte qu'il vaut mieux faire une résection partielle, quitte à recommencer une deuxième ou une troisième fois au bout de quelques mois. L'opération est simple et facile et il est préférable de la répéter que de s'exposer à

dépasser le but et à déterminer consécutivement une déviation en sens contraire.

Ce qui précède s'applique également au second procédé, c'est-à-dire à la résection de la diaphyse. L'âge de l'enfant est donc un facteur important à envisager pour le choix du procédé opératoire. Si le malade est déjà âgé, une seule résection aura bien des chances de suffire, tout au plus devra-t-on en faire une seconde ; au dessous de 15 ans la destruction du cartilage semble devoir donner de meilleurs résultats et exposer à un nombre moins grand d'interventions. Quoi qu'il en soit, il faut intervenir à tout âge et ne pas attendre que la croissance soit achevée, car au fur et à mesure que l'enfant grandit la difformité s'accroît non seulement au niveau de la main-bote, mais encore dans les articulations voisines, en particulier dans le coude, où les surfaces articulaires se déforment sous l'influence des mouvements anormaux destinés à suppléer à l'insuffisance de ceux du poignet.

Le traitement de la *main-bote carpienne* sera tout différent et basé sur des données inverses de celui de la main-bote antibrachiale ; dans celle-ci, nous venons de le voir, on a pour but d'enlever une partie de l'os sain ; dans celle-là, au contraire, il est facile de le concevoir d'après ce que nous avons dit plus haut, on doit chercher à combler les vides laissés par l'os malade. Ici, l'expérience nous fait défaut pour le choix du meilleur procédé opératoire puisque l'observation que je rapporte est la première en date et que par conséquent le temps n'a pas consacré la conduite à tenir. Pour mon malade, j'avais considéré comme applicables un certain nombre de procédés opératoires ; il paraissait possible de dédoubler par exemple dans le sens de sa longueur le cinquième métacarpien et de rabattre sa moitié interne à la place du carpe disparu ; j'avais pensé aussi à amputer le petit doigt et à reporter le métacarpien en haut ; ces deux procédés sont certainement d'un manuel opératoire délicat et difficile, mais ils offrent le précieux avantage de laisser à l'os ses vaisseaux nourriciers ; l'os restant vivant n'aura guère de tendance à se résorber. C'est pourquoi je leur aurais peut-être donné la préférence sur les autres procédés de greffe osseuse à l'aide de fragments pris soit sur le malade lui-même (crête du tibia par exemple), soit sur un animal jeune, et employés tels quels ou décalcifiés. L'expérience démontre qu'il y a toujours résorption et disparition des os ainsi transplantés. L'idée d'inclure dans les chairs des corps étrangers aseptiques (éponges stérilisées, morceaux d'ivoire, petits blocs creux de métal léger, etc.), demandait également à être prise en considération, de même que l'injection non plus de vaseline mais de paraffine suivant la méthode de DELANGRE, de Tournai, peut être capable de former un bloc assez résistant et bien enkysté dans les tissus. Mais avant d'avoir recours à un de ces procédés, je ne me suis pas cru autorisé à intervenir sans avoir au préalable essayé un traitement orthopédique à l'aide d'appareils. En effet, il ne faut pas oublier que la main-bote antibrachiale est réductible et qu'on doit arriver à redresser le membre en employant une force plus ou moins grande suivant les cas et même s'il le faut en ayant recours au chloroforme. J'ai donc placé mon malade dans un appareil plâtré en bonne position et je dois dire qu'au bout de trois mois, lorsque nous l'avons examiné la déviation paraissait n'avoir plus de tendance à se reproduire ; toutefois, de peur de perdre le résultat acquis, un second appareil a été placé au sortir duquel nous avons l'espoir de constater une guérison obtenue en somme à moins de frais qu'au prix d'une intervention opératoire.

Deux cas d'arthralgie hystérique chez le vieillard

Par M. E. Gellé, interne des Hôpitaux

Le 22 juillet 1903, le nommé Désiré G..., âgé de 66 ans, se présentait à la consultation de M. le Professeur COMBEMALE pour de violentes douleurs dans l'épaule droite.

Cet homme paraissait souffrir extrêmement. Il maintenait le bras malade en écharpe et le soutenait de la main gauche avec d'infinies précautions. Le moindre mouvement, le plus léger contact provoquaient des cris de douleur. On eût cru, avant tout examen, être en présence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Il fut admis d'urgence à l'hôpital de la Charité.

Une fois entré dans le service, nous apprenons que cet homme, un cocher des tramways, n'a reçu aucun coup, n'a fait aucune chute, que d'autre part il ne porte jamais de très lourds fardeaux, qu'il n'a pas subi de refroidissement récent et n'a jamais eu de maladies infectieuses graves. C'est en se réveillant trois jours auparavant qu'il ressentit brusquement une douleur vive dans l'épaule droite. Cette douleur depuis lors n'a fait que s'accroître et est devenue telle qu'il est impossible pour le malade de faire le moindre mouvement du bras droit.

Cependant, lorsque l'on examine le membre, celui-ci paraît normal. On ne constate ni trace de tuméfaction, ni rougeur ni ecchymose, les saillies et les méplats de l'épaule sont normaux ; on ne remarque qu'un très léger gonflement de la main. Les seuls symptômes que l'on perçoit sont en somme la douleur excessive et l'impossibilité de remuer le bras.

Il n'était pas permis de songer à une fracture, aucun symptôme net ne permettant pas de s'arrêter à ce diagnostic. On eût pu croire à une luxation scapulo-

humérale, mais l'articulation semblait avoir conservé ses rapports anatomiques, la tête humérale était en contact normal avec la cavité glénoïde, et M. le professeur DUBAR, ayant examiné le malade, conclut à l'intégrité de l'articulation.

Restait alors l'hypothèse d'une névralgie radiculaire du plexus bracial. La palpation du paquet nerveux à l'aisselle était douloureuse ; et la douleur semblait s'irradier le long du trajet de ces nerfs. Le malade se plaignait de fourmillements dans la main et la force musculaire était amoindrie dans tout le bras droit. Les mouvements d'abduction, d'adduction, de rotation et même d'élévation de l'articulation scapulo-humérale étaient impossibles tant la souffrance était grande. Si on cherchait à les provoquer le malade immobilisait alors l'articulation et faisait mouvoir l'épaule en totalité. On ne relevait toutefois aucune plaque d'anesthésie soit sur le bras ou l'avant-bras et la main, pas plus d'ailleurs que l'existence de troubles trophiques. Notons enfin que l'on n'avait aucun trouble pupillaire, symptôme noté dans les névralgies radiculaires du plexus brachial.

Mais en recherchant la sensibilité nous fûmes frappés de l'extrême hyperesthésie cutanée que présentait ce malade au niveau de l'épaule. En effet, la moindre piqûre, le plus léger frôlement faisaient naître des sensations extrêmement douloureuses, plus douloureuses même, au dire du malade, que celles occasionnées par les mouvements provoqués. Nous pûmes d'autre part nous rendre compte, soit en piquant soit en pinçant la peau, que la zone hypersensible descendait en brassard sur le bras à 3 centimètres environ au-dessous de la saillie acromiale, pour s'irradier en arrière dans la fosse sus épineuse et s'étendre à la façon d'une épaulette à la partie supérieure de l'articulation scapulo-humérale. A la partie antérieure la zone douloureuse occupait toute la portion de l'épaule comprise en dehors d'une ligne allant du milieu de la clavicule à la partie interne du creux axillaire.

La recherche des stigmates hystériques ne nous donna rien de bien précis. Sauf le pharyngé aboli et le cornéen diminué, les autres réflexes étaient normaux ; l'examen du champ visuel ne fut point pratiqué.

Mais, au cours de notre examen, nous avions plusieurs fois remarqué que le malade, distrait de ses douleurs, imprimait au bras malade des mouvements inconscients d'une certaine amplitude, sans manifester de douleur.

Ne pouvant rattacher cette affection, ni à une arthrite, ni à une névralgie du plexus brachial, étant donné d'autre part l'hyperesthésie cutanée, qui n'était en quelque sorte que le seul symptôme constaté, le diagnostic d'arthralgie hystérique fut posé, et le traitement institué en conséquence. Ce traitement fut presque exclusivement psychique. On fit une injection de morphine à 1 centigramme dans la région malade, toute l'épaule fut badigeonnée d'éther picriqué et enveloppée d'ouate.

Le surlendemain une amélioration sensible était constatée ; deux ou trois jours après le malade était guéri, il sortait de l'hôpital le 29 juillet.

Par deux fois déjà, dans ce journal (1), des exemples typiques d'hystérie sénile ont été signalés. Depuis lors, du reste, devant la Société médicale des hôpitaux de Paris (2), MM. ACHARD et WIDAL, MARIE, SOUQUES, à la Société de Neurologie (1), MM. DUPRÉ et PATER ont rapporté des exemples semblables, et M. COLLET, à Lyon, a aussi cité un fait. La notion de l'hystérie sénile, à début sénile même, prend donc corps. L'observation ci-dessus a donc ce premier intérêt d'apporter un nouvel élément confirmatif au sujet que la thèse de M. GALIMANT (2) avait traité de manière à entraîner la conviction.

Ce cas clinique a un autre intérêt, c'est que la manifestation hystérique est différente de celles qui ont été rapportées jusqu'ici ; paralytiques, hémiplégiques étaient les vieillards frappés par l'hystérie ; celui-ci est un hyperesthésique, manifestation aussi importante et aussi typique que les paralysies ou les anesthésies. Le vieillard fait donc son hystérie avec toutes les modalités connues, c'est là un second point que cette observation permet de mettre en vedette.

Une troisième réflexion découle de ce fait, ainsi que de ceux qu'ont relatés les auteurs, et qui ne manque pas d'un certain sel ; l'hystérie sénile est presque exclusivement mâle. Les observations publiées dans ce journal, celles dont nous donnons l'indication bibliographique ci dessus, s'appliquent exclusivement à des vieillards hommes.

Ces divers points méritaient d'être soulignés. Or, le hasard de la clinique veut que nous puissions rapprocher de cette première observation, un autre cas observé récemment dans le même service de M. COMBEMALE, et à peu de chose près semblable, qui confirme les réflexions que nous a suggérées le premier :

Le malade, un vieillard âgé de 72 ans, Pierre V.., rentre à l'hôpital le 5 octobre 1903. Pas de traumatisme, pas de refroidissement, pas de rhumatisme dans l'étiologie.

Depuis trois semaines, cet homme ressentait des douleurs vagues dans le bras droit et dans l'épaule droite. Celles-ci peu à peu, deviennent plus vives et presque continues, si bien que le malade dut abandonner ses occupations, qui consistaient à débiter en menu bois pour allumer les feux, des planchettes et des vieilles lattes. Il se présente à nous, laissant pendre inerte le bras droit le long du corps, le soutenant même parfois de la main gauche comme le faisait notre premier malade.

Si peu qu'on veuille fléchir l'avant-bras sur le bras, on provoque des élancements douloureux dans le bras et l'épaule. Les mouvements articulaires sont presque impossibles, le malade immobilise l'articulation et déplace l'épaule en bloc. Or, à l'examen, l'épaule paraissait en tous points normale. Nous souvenant du cas précédent nous recherchâmes l'hyperesthésie cutanée et nous pûmes trouver un brassard hyperesthésique superficiel d'une largeur de trois doigts situé au-dessous de l'articulation scapulo-humérale, exactement au niveau du col anatomique de l'humérus. Au-dessous de cette région et sur l'avant-bras il fut trouvé un retard assez grand de la sensibilité mais qui cependant n'alla jamais jusqu'à l'anesthésie. Il n'existait pas de stigmates apparents ; les réflexes conjonctival et pharyngé étaient normaux.

Le traitement vint vite confirmer le diagnostic d'ar-

(1) *a)* INGELRANS et CRETAL. — Hémiplégie hystérique gauche chez un homme de 70 ans, *Écho médical du Nord*, 1901, p. 127.

b) INGELRANS. — Hémiplégie hystérique chez un vieillard, *Écho médical du Nord*, 1901, p. 598.

(2) Séances des 25 novembre 1901, 25 avril 1902.

(1) Séance du 5 mars 1903.

(2) GALIMANT, De l'hémiplégie hystérique du vieillard, thèse, Lille, 1901, n° 33.

thralgie hystérique qui avait été porté, non sans quelque hésitation : on institua un badigeonnage de la partie douloureuse à l'éther picriqué : on fit un enveloppement ouaté. Deux jours après, était survenue une grande amélioration. Un badigeon picrique ordonné n'ayant pas été exécuté, l'amélioration ne fit pas de progrès les jours suivants. Mais peu après on constatait une nouvelle amélioration : les mouvements encore pénibles, il est vrai, étaient cependant devenus possibles. Le 19 octobre, le malade sortait très amélioré. Revu le surlendemain à la consultation, il n'éprouvait plus qu'une gêne légère lorsqu'il faisait les mouvements d'élévation ; l'hyperesthésie avait presque totalement disparu.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les poules comme baromètres

On sait — ou l'on ne sait pas — que beaucoup d'éleveurs de canaris ajoutent à la nourriture de ces oiseaux un peu de poivre de Cayenne, ce qui a pour effet de donner à leur plumage une teinte plus foncée, rougeâtre. Ce phénomène curieux n'est cependant pas particulier aux canaris. Les poules blanches auxquelles on en donne à manger prennent une teinte rose pâle.

Or, cette couleur rose n'est pas ordinaire du tout, car elle peut servir pour prédire la pluie, tout comme le baromètre.

C'est que la composition chimique de cette couleur veut qu'elle attire avidement l'humidité qui se trouve dans l'air, et que, sous l'influence progressive de l'humidité, elle devienne de plus en plus rouge, jusqu'au plus intense écarlate. Cette transformation se fait avec une régularité telle que le degré de coloration donne une notion exacte du temps qu'il va faire. Et, quand la basse-cour est peuplée de poules écarlates, on peut être sûr que, dans quelques heures, une pluie violente va tomber.

A la campagne, ces baromètres vivants sont sans doute plus économiques que les coûteux instruments d'observatoire, sans compter qu'ils pondent, ce que ces derniers ne font pas, des œufs paradoxaux dont le jaune est rouge comme du sang.

(*Loire médicale*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La Commission administrative des hospices civils d'Abbeville donne avis que le lundi 21 décembre 1903, à neuf heures du matin, il sera ouvert un **Concours public pour la nomination d'un chirurgien-chef et d'un chirurgien-adjoint des hospices et hôpitaux d'Abbeville**.

Ce Concours aura lieu à Lille, hôpital Saint-Sauveur, devant un Jury désigné par M. le doyen de la Faculté de médecine de Lille

CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS.— Pour se présenter au Concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Avoir le diplôme de docteur en médecine, conféré par une Faculté française ; 3° Etre âgé de vingt-huit ans au moins et de quarante ans au plus ; 4° Exercer la médecine depuis deux ans au moins ou avoir été interne pendant deux ans dans les hôpitaux d'une ville, siège d'une Faculté de médecine de l'Etat.

Les candidats devront déposer leur acte de naissance, un certificat de moralité, une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux faits ou à faire et de fixer leur résidence à Abbeville, s'ils sont choisis par la Commission administrative, leur diplôme de docteur, l'indication de leur résidence, depuis l'obtention de ce diplôme, et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs, le tout à remettre au secrétariat de l'Administration des hospices, à Abbeville, 4, avenue du Rivage, quinze jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. L'Administration, sur le vu de ces pièces, statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats.

ÉPREUVES DU CONCOURS. — Les épreuves du concours consisteront en : 1° Une composition écrite ; 2° Une épreuve de clinique chirurgicale ; 3° Une consultation écrite ; 4° Une épreuve de médecine opératoire.

La composition écrite portera sur un sujet de pathologie externe. Le temps assigné pour la rédaction sera de quatre heures ; chaque concurrent lira lui-même sa composition devant le Jury.

Pour l'épreuve clinique, chaque concurrent aura vingt minutes pour examiner les malades et quinze minutes pour la dissertation orale après cinq minutes de réflexion. Pour l'épreuve de la consultation écrite, il sera accordé à chaque candidat vingt minutes pour l'examen et trois quarts d'heure pour la rédaction du diagnostic et du traitement proposé. Toutes les épreuves seront publiques.

FONCTIONS ET ATTRIBUTIONS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS. — Les médecins et chirurgiens titulaires ou adjoints sont nommés par la Commission administrative des hospices, après concours, pour une période de cinq ans. Ils peuvent être prorogés, sans nouveau concours, dans leurs fonctions pour une ou plusieurs autres périodes successives de cinq ans, mais leurs fonctions cessent de plein droit à la fin de l'année dans laquelle ils ont atteint l'âge de soixante ans. En cas de cessation de service, des médecins et chirurgiens titulaires pour quelque cause que ce soit, les médecins et chirurgiens-adjoints les remplacent de droit, mais seulement pour le temps qui restait à courir au titulaire sortant. Il est accordé une indemnité annuelle de 700 francs aux chefs de service.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er janvier 1904.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1903-1904 (1re Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 3 NOVEMBRE 1903 AU 29 FÉVRIER 1904

Première année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférence d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. méd. ou clin chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h à 4 h.
	Cours d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Troisième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6. h. à 7 h.
MARDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de parasitologie	de 3 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie pathologique	de 4 h. à 5 h.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 h. à 5 h.
VENDREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Trav. prat. de parasitologie	de 2 à 4 h.
	Cours d'accouchement	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Cours de pathologie générale	de 4 h. à 5 h.

Quatrième année de Médecine

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Cours de laryngologie	à 8 h. 1/2.
	Clinique médicale des enfants	à 10 h. 1/2.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements	de 4 h à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 9 heures.
	Clin. des mal. cut. et syphil.	10 heures.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 à 5 h.
MERCREDI	Cours de laryngologie	à 8 h. 1/2.
	Clinique médicale des enfants	à 10 h. 1/2.
	Trav. prat. d'anat. pathol.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h à 6 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 à 7 h.
JEUDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Cours d'anatomie patholog.	de 4 à 5 heures.
VENDREDI	Clin. des mal. des voies urin.	à 9 heures.
	Clinique médicale des enfants	à 10 h. 1/2.
	Travaux prat. de chimie	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'accouchements	de 4 h. à 5 h.
	Cours de thérapeutique	de 5 h. à 6 h.
	Cours de toxicologie	de 5 h. à 6 h.
	Cours de mal. du syst. nerv.	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. des mal. cut. et syphil.	à 10 heures.
	Cours de pathologie générale	de 4 h. à 5 h.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Cours d'histoire nat. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de chimie minér.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Deuxième année de Pharmacie

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
MERCREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
VENDREDI	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Troisième année de Pharmacie

Jour	Cours	Heures
LUNDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.)	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Conférences de physique	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. d'hist. naturelle	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale	de 5 h. à 6 h.

MARDI	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Trav. prat. de physique . . .	de 2 h. à 4 h.
MERCREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h 1/2 à 11 h. 1/2.
	Trav. prat. de pharmacie. . .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Cours d'hist. natur. (zoolog.) .	de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux pratiques de physique	de 2 h. à 4 h.
VENDREDI	Conférences de physique . . .	de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
	Travaux pratiques de chimie .	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie minérale . .	de 5 h. à 6 h.
SAMEDI	Trav. prat. d'hist. naturelle.	de 8 h. à 11 h.
	Cours de pharmacie	de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
	Travaux prat. de pharmacie.	de 2 h. à 5 h.

Nous apprenons avec plaisir que M. Jousserandot, délégué dans les fonctions de sous-bibliothécaire à la **Bibliothèque de l'Université de Lille** est nommé sous-bibliothécaire à ladite bibliothèque à partir du 1er novembre 1903.

— Le jury du **Concours pour l'agrégation** (section de médecine) qui s'ouvrira le 17 décembre est dès maintenant connu. Font partie de ce jury sous la présidence de M. le professeur Bouchard, MM. les professeurs Landouzy, Raymond, Gilbert et Gaucher (de Paris) ; Ferré (de Bordeaux), Tripier (de Lyon), Spillmann (de Nancy), Mossé (de Toulouse).

Sont inscrits pour la place d'agrégé vacante à Lille. MM. les docteurs Ingelrans, Breton et Raviart (de Lille), Garnier et Richon (de Nancy).

— La **Commission administrative des Hospices**, a ces derniers jours nommé secrétaire, en remplacement du regretté Stavaux. M. Vancostenobel, docteur en droit, juge suppléant au tribunal de Lille, avait posé une candidature, qui a recueilli tous les suffrages de la Commission.

— Pour les **Concours de l'Internat et de l'Externat**, qui auront lieu le 3 novembre, les jurys sont ainsi constitués : Pour l'internat, MM. les professeurs Dubar, Charmeil ; MM. les professeurs agrégés Oui, Ausset, Gaudier, sont juges titulaires ; MM. les professeurs agrégés Carrière, Lambret, sont juges suppléants. Pour l'externat, MM. les professeurs Curtis, Baudry ; MM. les professeurs agrégés Bédart, Gérard G., Patoir, sont juges titulaires ; M. le professeur agrégé Lambret, juge suppléant.

— Le Concours annuel pour les **Bourses de médecine** a eu lieu mardi dernier 27 octobre. Les sujets de composition écrite ont été pour les candidats pourvus de 4 inscriptions : *Articulation temporo-maxillaire ;* pour les candidats pourvus de 12 inscriptions : *Coliques hépatiques ; Fractures des côtes.*

— Le concours ouvert en juillet dernier pour l'emploi de **prosecteur à la Faculté**, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Juste Colle. L'épreuve écrite avait porté sur la question Neurône ; l'épreuve orale sur *les rapports de la prostate.* L'épreuve de médecine opératoire avait consisté en la *ligature de l'artère temporale superficielle.* Comme pièces sèches, le candidat avait eu à préparer : *carotide externe sur le squelette, carotide interne et vertébrale, valvules du cœur.*

Nous adressons toutes nos félicitations à notre jeune et distingué confrère.

— L'Assemblée de la Faculté, dans sa séance du 29 octobre a décerné les **Prix de Thèses** (1902-1903). Dans la section de Médecine, elle a attribué 1° la médaille d'or à M. Brassart, pour sa thèse : *Les accidents méningitiques au cours des infections gastro-intestinales de l'enfance* ; 2° la médaille d'argent, à M. Gontier de la Roche, pour sa thèse : *Modifications histologiques du pancréas après exclusion partielle chez le cobaye* ; 3° la médaille de bronze, à M. Cadoré, pour sa thèse : *Les anomalies congénitales du rein chez l'homme*, et à M Lerat, pour sa thèse : *De la diarrhée chez les hyperchlorhydriques* ; 4° une mention honorable par ordre alphabétique : à M. Camus : *Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit de la langue* ; à M. Davrinche : *Des métastases osseuses dans le cancer de la prostate* ; à M. Deshusses : *Sur les monstres cœlosomiens* ; à M. Langlois : *L'asepsie et l'antisepsie inconscientes* ; à M. Monier : *De l'épilepsie procursive* ; à M. Paucot : *De l'absence totale congénitale du vagin et de son traitement opératoire.*

Dans la section de Pharmacie, elle a attribué 1° la médaille d'argent, à M. Sallerin : *Du dosage de l'urée et de la détermination du coefficient azoturique* ; 2° la médaille de bronze, à M. Lambert : *Contribution à l'étude de l'action biologique du rein et du foie vis à vis de certains composés chimiques et médicaments* ; 3° une mention honorable, à M. Gir : *Contribution à l'étude de l'acidité urinaire.*

UNIVERSITÉ DE PARIS

M. le docteur Deguy est nommé, pour l'année scolaire 1903-1904, chef du laboratoire institué pour le service de la diphtérie (Hôpital des Enfants malades).

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Nantes. — M. le docteur Allaire, chef des travaux de physique, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

Limoges. — Un congé d'un an est accordé, sur sa demande, à M. le docteur Eymeri, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. le docteur Descazal est chargé, pendant la durée du congé de M. Eymeri, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Pons, de Nice (Alpes-Maritimes) ; Beringier, de Paris.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Gérant : Th. CLERQUIN.

356. Septième Année. N° 45 · Le Numéro : **10** centimes · 8 Novembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude étiologique des atrophies du nerf optique

par le docteur **Georges Gérard**,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille

La rétine et le nerf optique, portions extériorisées de l'encéphale, émanent primitivement du cerveau intermédiaire, sous forme d'évaginations latérales qui constituent les vésicules optiques primitives. De par cette origine, le nerf optique ne ressemble à aucun nerf périphérique crânien ou rachidien ; fenêtre du cerveau ouverte sur le monde extérieur, il représente une portion de la substance blanche de l'axe cérébro-spinal dont il a la structure intime : fibres nerveuses à myéline sans gaîne de SCHWANN entremêlées à des cellules de névroglie. Cette notion est des plus importantes à rappeler ; elle permet d'indiquer pourquoi les lésions de ce nerf ne sont nullement comparables à celles des autres nerfs de l'économie et rappellent de tous points les altérations du système nerveux central.

Ces lésions se traduisent de deux façons : soit par une réaction inflammatoire comprise sous le nom général de névrite, soit par une altération de nutrition, réaction dégénérative portant sur les éléments constitutifs du nerf qui perd sa fonction sensorielle (atrophie). Le plus souvent la névrite se termine par l'atrophie ; suivant que celle-ci survient secondairement à la névrite, affection localisée, ou à une affection générale le plus souvent sans rapport direct avec l'appareil de la vision, on décrit : une atrophie inflammatoire, une atrophie simple.

Anatomiquement, l'atrophie du nerf optique est caractérisée par deux symptômes : *a*) l'altération, puis la disparition des fibres nerveuses du nerf optique et la transformation des gaines qui les entourent ; *b*) l'aspect spécial de la papille examinée à l'ophtalmoscope : atrophie blanche ou atrophie grise.

Les affections les plus diverses peuvent retentir sur ce nerf sensoriel, si spécialisé dans sa fonction, peu capable de réagir, de constitution fragile et particulièrement exposé par ses connexions et ses rapports. Je me suis proposé de les passer en revue et de faire ressortir dans cette étude étiologique les causes dont la connaissance est de première importance et peut seule permettre de ralentir, quelquefois d'enrayer complètement un processus pathologique qui, laissé

à lui-même, se termine par la suppression fonctionnelle totale du nerf.

Les atrophies du nerf optique ont été divisées : soit d'après l'aspect anatomique de la lésion (atrophie blanche, atrophie grise, atrophie jaune) ; soit d'après la marche clinique de l'affection (atrophie primitive, atrophie secondaire).

La division anatomique ne saurait plus être admise; la classification d'après l'évolution de la lésion doit être également critiquée.

On comprend sous le nom d'atrophie à forme primitive une « dystrophie sans lésion inflammatoire préalable » (Terson). Mais étiologiquement cette dénomination est des plus discutables, *l'atrophie du nerf optique étant toujours secondaire*, c'est-à-dire survenant secondairement à une affection locale ou générale. Que dans certains cas, chez les personnes âgées par exemple, l'atrophie soit le symptôme unique et ne puisse être rattachée à aucune maladie préexistante, peut-on en inférer qu'il s'agit d'une atrophie primitive ? Nous ne le croyons pas, et dans les faits de ce genre qui « tendent à devenir de plus en plus rares » (Delens), nous préférons dire : atrophie très probablement secondaire, mais dont la cause ne peut-être clairement découverte dans l'état actuel de nos connaissances.

A ce point de vue, la classification de Fuchs, en atrophie simple et atrophie inflammatoire, ne peut prêter à aucun équivoque.

Nous étudierons successivement : I. L'atrophie d'origine congénitale. — II. Les atrophies d'origine mécanique. — III. Les atrophies dans le cours des maladies générales. — IV. Les atrophies par intoxication. — V. Les atrophies par les agents physiques. — VI. Les atrophies au cours des maladies nerveuses. — VII. Les atrophies par lésions de voisinage. — VIII. Les atrophies dans les affections oculaires.

I. Atrophie d'origine congénitale

En dehors des cas d'absence complète du nerf optique ou d'atrophie coïncidant avec des malformations orbitaires ou la microphtalmie, on a signalé l'*atrophie héréditaire* qui semble bien d'origine congénitale, mais dont l'étiologie est inconnue.

« L'affection attaque plusieurs enfants d'une même famille et se retrouve aussi chez les ascendants ou les familles collatérales... Dans le plus grand nombre des cas où l'affection progresse et aboutit à la cécité, le scotome central s'élargit jusqu'à envahir tout le champ visuel. L'origine d'une telle affection est très obscure, la syphilis n'en est pas la cause directe. » (Valude. Traité des maladies de l'enfance, V. 74.)

Cette grave affection qui se manifeste d'abord par un scotome central absolu serait, pour Berger, due à des déformations congénitales du corps du sphénoïde et de son sinus qui, se développant irrégulièrement en haut et en dehors, irait comprimer le canal optique vers la vingtième année.

II. Atrophies d'origine mécanique

Dans cette division, il faut comprendre : 1° les différents traumatismes portant soit sur le globe lui-même, soit sur l'orbite, soit sur le crâne, et qui produiraient l'atrophie par étranglement du nerf à travers le canal optique ; 2° les différentes causes de compression directe du nerf ou des voies optiques ; 3° les lésions médullaires en particulier, retentissant à distance suivant un mode qui est encore peu connu.

Rappelons d'abord l'anatomie de la portion intracaniculaire du nerf optique. Dans son passage à travers le trou optique, le nerf est maintenu très solidement en place par ses connexions avec la dure-mère qui lui forme une gaîne complète. Cette portion intracanaliculaire est longue de 4 à 8 millimètres ; le nerf adopte exactement la forme de la portion interne du tunnel osseux régulièrement cylindrique dans lequel il s'engage et auquel il est intimement fixé ; à sa partie externe seulement, quelquefois à sa partie inférieure le nerf présente une dépression, sorte de rigole latérale pour l'artère ophtalmique enlacée de son plexus sympathique et, pour Cruveilhier « d'abord contenue dans la même gaîne que le nerf, mais s'en dégageant à son entrée dans l'orbite ».

1° *Traumatismes du globe, de l'orbite ou du crâne.* — *a) Les chocs, commotions, ou contusions même minimes du globe de l'œil*, peuvent être suivis, à plus ou moins brève échéance, d'atrophie complète du nerf optique. Il faut être prévenu de cette éventualité et toujours réserver son pronostic, alors même que les signes observés peu de temps après un traumatisme de l'œil paraissent insignifiants. Il nous a été donné d'observer récemment une atrophie du nerf optique avec blancheur nacrée de la papille chez un enfant de 9 ans qui, 3 mois auparavant, avait reçu sur le globe oculaire un éclat de bois qui, au moment de l'accident, n'avait laissé aucune trace appréciable.

b) Traumatismes de l'orbite. — L'orbite, qui apparaît comme une région autonome bien close, protégeant convenablement l'organe délicat qu'elle contient en avant par son rebord osseux et les paupières latéralement et en arrière par ses parois osseuses, largement vascularisée et innervée, est en réalité exposée à tous les traumatismes par sa portion antérieure, à toutes les infections par son voisinage (fosses nasales, sinus, anastomoses veineuses et artérielles), à toutes les lésions cérébrales par ses connexions anatomiques ; et les éléments, qui normalement semblent devoir assurer la protection et l'intégrité de ses organes, deviennent, sous l'influence des diverses causes pathologiques, des agents directs de compression ou d'infection.

A la suite des contusions du front et du sourcil, certaines atrophies optiques, certaines amauroses surviennent qui, le plus ordinairement, peuvent être interprétées comme consécutives à des fêlures du canal optique, à des hémorrhagies des gaînes, ou qui se rapportent aussi à des atrophies pures et simples du nerf.

Les fractures de l'orbite, directes ou indirectes, sont dangereuses, au point de vue de la vision, parce qu'elles se compliquent souvent de corps étrangers : balles, aiguilles, grains de plomb, épines, bouts de bois, etc..., qui compriment directement le nerf ou le sectionnent ; plus souvent parce que le trait de fracture se propage jusqu'au trou optique, déchire la dure-mère, comprime, écrase le nerf optique, provoquant des hémorrhagies intra-fasciculaires et consécutivement l'amaurose unilatérale par atrophie.

c) Traumatismes crâniens. — Ils entraînent des lésions du nerf optique par un mécanisme semblable à celui des fractures de l'orbite. Sur 86 fractures du crâne, il y en a 53 qui s'irradient vers le canal optique. Cette proposition de de Helder montre la plus grande fréquence des fractures de l'étage antérieur et de l'étage moyen de la base du crâne ; elle est confirmée par la plupart des observations.

Les fissures de l'étage antérieur, qui nous intéressent particulièrement, « traversent la partie moyenne du bord supérieur de l'orbite, assez souvent au niveau de l'échancrure sus-orbitaire et s'étendent jusqu'au trou optique ou à la fente sphénoïdale ; la fissure se bifurque en ce point, pour gagner la lame criblée de l'ethmoïde et l'orbite du côté opposé. » (Gérard-Marchant, Traité chirurgie Duplay-Reclus, III, 459).

C'est dans ces cas qu'on peut observer une décoloration lente de la papille, sans névrite, suivie souvent d'amblyopie ou d'amaurose. J'ai observé, personnellement, un cas de fracture de l'étage antérieur, qui entraîna, non pas l'atrophie totale, mais une notable diminution de l'acuité visuelle.

Observation. — Le 11 mars 1903, Charles L..., 25 ans, mouleur en fer, reçut au milieu du front un gros éclat de meule à émeri. Il tomba à la renverse, mais sans perdre connaissance. Je vis le blessé peu de temps après son accident : il portait, au milieu du front, une petite plaie contuse, se plaignait de fortes douleurs frontales et occipitales. Il avait saigné du nez et vomi. Je le trouvai ayant toute sa connaissance, répondant bien à toutes mes questions ; aucun symptôme particulier du côté des yeux ; pas d'écoulement de sang par l'oreille Réflexes normaux (pupillaire, patellaire, cornéen, pharyngien). Mouvements et sensibilité des membres intacts.

Je posai le diagnostic de : Fracture probable de l'étage antérieur de la base du crâne.

Le 13 mars, en compagnie de M. le docteur Guermonprez, je revis le blessé : l'apparition d'une ecchymose sous-conjonctivale à droite permit de confirmer le diagnostic établi deux jours auparavant.

Il ne se produisit pas d'autre incident : la guérison parut s'établir régulièrement.

Un mois après, il semblait que le blessé aurait pu reprendre le travail, son état général était très bon, mais il accusait un amoindrissement de la vision surtout marquée à droite. A la fin de mai, l'acuité visuelle O. D. = 5/20. Je pense, dans ce cas, pouvoir écarter l'idée de simulation ; je dois ajouter cependant que le blessé, qui avait entendu discuter devant lui le pronostic de sa fracture, accusa opiniâtrement les douleurs qu'il ressentait pendant les premiers temps, jusqu'au jour où il obtint la rente qu'il convoitait.

2° Causes agissant directement par compression sur le nerf ou les voies optiques. — Exception faite pour les affections nerveuses que nous étudierons à part, on peut observer l'atrophie consécutivement à des collections ou des néoplasmes de l'orbite et du crâne.

a) Parmi les affections orbitaires qui peuvent se compliquer d'atrophie du nerf optique, nous devons signaler les hématomes, les exostoses, les angiomes, les kystes hydatiques.

Dans les cas spontanés d'*hématomes orbitaires*, « la protrusion est subite, la vision généralement abolie par la compression du nerf optique qui s'accompagne ultérieurement d'atrophie, avec ou sans hémorrhagie intra-oculaire. » (A. Terson. Traité chir. Le Dentu-Delbet, V. 309).

Les *exostoses de l'orbite* provoquent rarement la

stase papillaire ou l'atrophie ; elles causent plutôt l'exophtalmie en général inférieure, quelquefois des lésions de kératite neuro-paralytique à caractère grave.

Pour ce qui est des *angiomes caverneux de l'orbite*, la lésion se produit en général dans l'entonnoir des muscles droits, mais elle le dépasse souvent : elle peut même, après fonte du globe, prendre la place de ce dernier dont le moignon est enfoncé au fond de l'orbite (PANAS). Le nerf optique s'atrophie et dans quelques cas, l'œil suppure. » (A. TERSON.)

Les *kystes hydatiques* de l'orbite, toujours d'un diagnostic très difficile, sont souvent méconnus. A l'ophtalmoscope, ils se manifestent quelquefois par de la stase papillaire. Si l'on n'intervient pas hâtivement, survient très vite l'atrophie du nerf optique.

b) Parmi les causes de compressions intra-crâniennes des voies optiques, nous citerons surtout les néo-formations osseuses, *exostoses tuberculeuses ou syphilitiques*.

« Dans les cas où l'atrophie progressive coïncide avec l'apparition de convulsions, l'atrophie provient ordinairement d'une compression des nerfs optiques au niveau du chiasma, ou de la sortie des troncs nerveux à travers les trous optiques. Les ostéites tuberculeuses des os du crâne peuvent jouer un rôle analogue et dans ces cas, l'atrophie provient soit directement de la compression mécanique, soit indirectement par le fait d'une névrite descendante développée par suite du voisinage d'un foyer tuberculeux. » (VALUDE. Traité des maladies de l'enfance. V. 73).

3° *Lésions médullaires retentissant à distance sur le nerf optique*. — D'une manière générale, les *compressions de la moelle*, plus particulièrement le *mal de* POTT, auraient, dans quelques cas (ABADIE), provoqué des névrites optiques dont quelques-unes se seraient terminées par atrophie blanche.

HAAB et TERSON ont signalé les atrophies consécutives aux traumatismes de la partie inférieure de la moelle cervicale, et marquées d'abord par un certain degré de stase et d'hyperhémie de la papille. Cette atrophie mettrait un temps assez long à se produire et n'a point encore reçu d'explication pathogénique satisfaisante. Il s'agit peut-être d'un processus comparable à celui qu'on observe dans le tabès.

III. ATROPHIES APPARAISSANT DANS LE COURS DES MALADIES GÉNÉRALES

Les affections les plus diverses peuvent se compliquer d'atrophie. La *grippe* retentit sur le nerf optique, soit directement par intoxication nerveuse, soit indirectement par propagation d'une sinusite sphénoïdale au canal optique (BERGER. Cf. § VII). Dans le *paludisme*, le *typhus*, le *béribéri* (LOURENÇO), on a signalé des névrites terminées quelquefois par atrophie. Un cas a été signalé par TALON à la suite des *oreillons*.

Dans le *diabète sucré* « l'amblyopie sans lésion apparente des yeux a été attribuée à la présence du sucre dans les liquides oculaires. Elle est ordinairement due à des hémorrhagies rétiniennes ou à l'atrophie de la papille. Cette amblyopie peut aboutir à la cécité absolue. » (RICHARDIÈRE).

Les localisations de l'*infection blennorrhagique générale* sur l'appareil de la vision, peuvent atteindre soit les membranes externes de l'œil, soit les membranes profondes, (iritis, choroïdites), soit même le nerf optique. PANAS (*Sem. méd.* 1890) a signalé la *névrite optique d'origine blennorrhagique*.

Parmi les *troubles oculaires d'origine hépatique*, Léopold LÉVI (*Presse méd.* 1896, p. 166), décrit l'amblyopie et l'amaurose : « WEISS, cité par BAAS, dit-il, a observé une femme qui, au sixième mois de sa grossesse (1), présenta un ictère intense et devint subitement amaurotique. L'examen microscopique montra une infiltration leucocytique de la choroïde. RUETTE a observé un cas d'amaurose ictérique. LITTEN signale l'amblyopie dans plusieurs cas d'ictère... »

Nous devons insister particulièrement sur le rôle étiologique des hémorrhagies diverses et de la syphilis.

Les *grandes pertes de sang* de toute nature peuvent se compliquer d'atrophie du nerf optique ; cette cause de cécité qui nous paraît peu connue, mérite grandement de fixer l'attention.

Toute hémorrhagie profuse et répétée, surtout si elle se produit chez un sujet anémié, dyscrasié ou cachectique, peut être suivie d'atrophie incurable, le plus souvent bilatérale par ischémie rétino-optique.

Les hémorrhagies abondantes de l'intestin et de l'estomac « déterminent quelquefois une complication inattendue et terrible, la cécité, souvent définitive et totale, ayant pour point de départ une atrophie du nerf optique à marche ultra-rapide, sur laquelle l'ophtalmoscope renseigne tout de suite. » (A. TERSON, dans le Manuel d'ophtalmoscopie de HAAB.)

(1) La grossesse, sans complications, aurait également entraîné plusieurs fois une atrophie, sans albuminurie.

Dans l'*ulcère de l'estomac,* plus rarement dans le *cancer,* l'amaurose peut se produire quand l'hémorrhagie est abondante et répétée. « L'amblyopie peut débuter avec l'hémorrhagie ou dans les premières heures qui la suivent ; mais dans la grande majorité des cas, l'amblyopie grave survient du *troisième au sixième jour* après la perte de sang, *sans que rien ait pu le faire prévoir* ; on peut la voir survenir après douze, quinze jours et plus. Il s'agit de lésions généralement bilatérales, mais qui n'atteignent pas toujours les deux yeux au même degré... Dans 47 p. 100 des cas, la cécité reste complète. » (A. Terson, ibid.)

Pour Arlt, les *métrorrhagies* auraient une influence prépondérante dans l'étiologie de l'amaurose par atrophie. On a encore signalé la *menstruation profuse,* qui, pour Horner, peut produire des amblyopies et même des amauroses durables, les *hémorrhagies chirurgicales, les saignées répétées,* même *l'épistaxis, l'hématurie, l'hémoptysie, les hémorrhagies des fièvres graves* (1).

Il est donc bien démontré que certaines hémorrhagies profuses sont suivies d'atrophies, quelquefois définitives, du nerf optique Cette notion ne saurait trop être vulgarisée.

Cependant, à propos d'une observation personnelle, je me suis demandé si, dans certains cas, il ne fallait pas, en même temps, incriminer le médicament classique de l'hémorrhagie, l'ergot de seigle ou ses dérivés, ergotine, ergotinine. Son emploi est assez répandu pour penser que le cas que je vais rapporter n'est pas isolé.

Observation. — Le 20 novembre 1901, à huit heures du soir, j'étais appelé d'urgence chez une jeune femme, Madame C..., 25 ans, qui avait été prise brusquement d'un vomissement abondant de sang. Je trouvai la malade dans un état de faiblesse extrême, pâle, exsangue (elle avait perdu une quantité de sang qu'on me montra et que j'évaluai à plus d'un litre), le pouls imperceptible, les traits tirés. Je diagnostiquai : hématémèse par perforation d'un ulcère de l'estomac et pratiquai immédiatement une injection d'ergotinine associée à la morphine, suivie d'une injection de 500 centimètres cubes de sérum artificiel, puis j'ordonnai une potion contenant 1 gr. 50 d'ergotine. A dix heures du soir, l'hémorrhagie s'était arrêtée, le pouls était mieux frappé, l'état général moins alarmant.

Je continuai les jours suivants : les injections de sérum (200 centimètres cubes par jour), la potion à l'ergotine, ordonnai en même temps des lavements de sérum, de la glace et de l'eau de Vichy glacée. Je cessai les injections de sérum le 23.

Le 24, à ma visite du matin, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre, la malade accusa des maux de tête violents, une sensation de refroidissement des extrémités, quelques vertiges, *une diminution de la sensibilité générale, engourdissement, avec troubles de la vue qui semblait couverte d'un voile.* Je ne connaissais pas alors, je l'avoue, les troubles visuels qui surviennent quelquefois à la suite des grandes hémorrhagies, et j'attribuai tous les malaises à une légère intoxication par l'ergotine. Encore aujourd'hui, je suis d'autant plus porté à accepter cette explication pathogénique, que tous les symptômes disparurent très rapidement après la supression des médicaments et sans aucun traitement parallèle.

La convalescence s'établit régulièrement ; à la fin de décembre, la malade était complètement guérie. Depuis son hématémèse, elle n'a eu aucune affection sérieuse.

De par son action élective sur les muscles lisses des vaisseaux sanguins, l'ergot de seigle provoque des phénomènes bien connus : vertiges, délires, pesanteur de tête, torpeur, plus tard troubles de la vue et de l'ouïe, fourmillements dans les membres, convulsions, et enfin, à la période terminale, eschares et gangrène (ergotisme gangréneux). L'emploi de ce médicament si répandu, souvent à tort, dans les hémorrhagies de toutes sortes, chez des malades souvent anémiés à l'avance, d'autre part les troubles de la vue et de l'ouïe bien observés dans l'intoxication aiguë [ergotisme des diverses épidémies : du Gâtinais (Dodart, 1674), de Wurtemberg (Srine, 1735), de Silésie (Burghart), plus récemment l'épidémie de la prison de Nanterre (Sapelier, 1895)], permettent de se demander si dans quelques cas d'amaurose survenus quelques jours après une hémorrhagie quelconque, il ne faut pas quelquefois incriminer l'ergotine plutôt que l'hémorrhagie.

La *syphilis* occupe, en ophtalmologie, la première place dans l'étiologie de toutes les affections de fond d'œil. De celles-ci nous retiendrons seulement l'*atrophie primitive du nerf optique* qui « peut exister seule ou accompagner de symptômes de paralysie générale ou du tabès... Elle évolue plus ou moins rapidement vers la dégénérescense totale des fibres et la cécité complète. » (Brun et Morax. Thérapeutique oculaire, 1899, p. 259).

Nous verrons le rôle de la syphilis cérébrale avec les affections nerveuses.

(1) Pour plus de détails, consulter :
Haab, Terson et Cuenod, Man. d'ophtalmoscopie. Paris, 1901.
A. Terson, *Semaine médicale,* 1894.
Maillotis, thèse de Paris, 1898.

IV. — Atrophies dans les intoxications.

Les intoxications qui peuvent s'accompagner d'atrophie du nerf optique sont : l'alcoolisme, le nicotinisme, le saturnisme, l'intoxication quinique.

L'*alcoolisme* et le *nicotinisme* provoquent des amblyopies toxiques qui peuvent se terminer par l'atrophie complète.

L'*intoxication saturnine* produit exceptionnement une amaurose (Duplay, 1834. Hutschinson, de Wecker) qui dépend soit d'altérations du fond de l'œil comparables à celles qu'on observe dans l'albuminurie, soit de névrite optique typique, généralement double ; « elle peut guérir, mais il n'est pas rare de la voir se terminer par une cécité complète et irrémédiable. » (Letulle).

L'*intoxication quinique*, qui survient après l'emploi de la quinine à doses élevées, provoque une amblyopie qui laisse une décoloration papillaire persistant des années et peut être exceptionnellement suivie d'atrophie.

Nous devons encore citer : les atrophies par les *pansements iodoformés* (Valude. Soc. d'ophtalm. Paris, 1894. Terson. Arch. d'opht., 1897) et par les *morsures de serpents* (Lourenço).

V. Atrophies par les agents physiques.

Il est de notion vulgaire que la *foudre* peut produire la cécité. Rohmer (Arch. d'opht., 1895) a étudié les troubles produits par la fulguration sur l'œil : cataractes, rétinites et atrophies optiques.

La *lumière extrêmement vive* aurait peut-être une action analogue. « Privons le moins possible, dit Trousseau (Traitèment des mal. des yeux, 1895, p. 16) l'œil de cette lumière qui est son milieu naturel et n'oublions pas ce que rapporte André de Laurens dans son traité de 1611 sur l'art de conserver la vue : « Denis, *tyran de Sicile*, dit-il, *aveuglait ainsi tous ses prisonniers ; car les ayant enfermés dans une cachette obscure, les faisait tout soudain conduire en un lieu bien clair et perdaient tous la vue* ».

(*A suivre*).

Hernie par glissement du côlon iliaque

par le docteur G. Potel.

On sait que dans la hernie par glissement, le gros intestin descend, glisse le long de la paroi abdominale, et dans le trajet herniaire avec sa couverture péritonéale, c'est-à-dire tantôt avec un méso plus ou moins long, tantôt sans méso. Il conserve donc dans le sac herniaire, avec le péritoine, les mêmes rapports qu'il avait dans le ventre (Rochard. Les hernies). — De sorte que, si l'on pratiquait une coupe transversale de la hernie surtout quand il n'existe pas de méso, on verrait le gros intestin, recouvert seulement sur une de ses faces par le péritoine, adhérer à la paroi du sac par son pédicule vasculaire et parfois par une bonne moitié de sa surface, et en somme faire partie intégrante de la paroi vasculaire.

Ces hernies, assez rares, si on les compare aux autres variétés de hernies, ont été ces dernières années l'objet d'études intéressantes (1). Cependant la thérapeutique de cette affection est encore très discutée et nous verrons plus loin que souvent les interventions ont été pénibles, et les résultats peu remarquables.

Nous avons eu, il y a quelques mois, l'occasion d'opérer un cas de hernie par glissement du côlon iliaque. Notre intervention a été relativement rapide et facile. Aussi croyons-nous intéressant de décrire le procédé que nous avons employé.

Voici d'abord l'observation :

Horace T..., cinquante-quatre ans, marchand de vins, s'est présenté une première fois à ma consultation il y a environ deux ans, me demandant de l'opérer pour une volumineuse hernie inguino-scrotale gauche qui le faisait beaucoup souffrir. A cette époque, le malade était cyanosé, le pouls était irrégulier, et surtout il existait de la bronchite avec un point de congestion à la base du poumon droit. Dans ces conditions, je refusai d'intervenir, et j'ordonnai au malade un traitement médical.

Depuis lors, à plusieurs reprises, le malade sollicita mon intervention, mais son état général, sa gêne respiratoire, l'irrégularité de son pouls, contre-indiquaient toute intervention.

Cette année, il revint me voir, me suppliant d'intervenir. Sa hernie, en grande partie irréductible, le faisait beaucoup souffrir. Le bandage est impossible à supporter. Les troubles intestinaux (coliques, alternatives de diarrhée et de constipation), les douleurs continues qu'il ressent lui rendent, dit-il, la vie insupportable.

L'état général s'est un peu amélioré mais est loin d'être brillant. La face n'est plus asphyxique, mais est encore congestionnée. L'auscultation pulmonaire ne décèle que quelques râles de bronchite, sans importance. Par contre, les lésions cardiaques sont toujours aussi marquées. Le pouls est irrégulier, il manque une pulsation sur cinq.

(1) Desbordes. — Thèse Paris, 1896.
Mayo. — Thèse Paris, 1897.
Mouton. — Thèse Lille, 1899.
Rochard. — Les hernies. — Bibl de Chir. contemporaine.

La hernie inguino-scrotale a le volume des deux poings. Elle est mollasse, et se réduit facilement, mais seulement en partie. Il persiste une portion herniée assez considérable, qu'aucune manœuvre de taxis ne réussit à mobiliser. L'orifice herniaire est largement ouvert et l'anneau inguinal admettrait facilement une mandarine.

Je ne cachai pas au malade la gravité d'une intervention peut-être pénible et par suite d'une narcose prolongée avec des lésions cardiaques aussi prononcées.

D'autre part le malade était beaucoup trop pusillanime et trop émotif pour songer à la cocaïne.

Malgré toutes ces objections, M. T. . exigea l'intervention, préférant, disait-il, tout à une vie semblable.

Opération le 20 juillet, chloroforme. Incision de 15 centimètres, allant du scrotum jusqu'au dessus de l'anneau inguinal. Le grand oblique, qui n'est représenté que par une mince lame fibreuse, est sectionné, et les bords de la section repérés.

Le sac apparaît volumineux ; sans l'ouvrir, je commence à le libérer. Cette manœuvre, très facile en avant, est beaucoup plus pénible en arrière, où le sac adhère aux tissus voisins, et particulièrement au cordon et aux vaisseaux funiculaires. A ce niveau, le sac paraît très épais, infiltré de graisse. Je poursuis la libération du sac jusqu'au niveau de l'anneau inguinal profond.

La paroi antéro-supérieure du sac paraissant beaucoup plus mince, j'incise à ce niveau. Je tombe immédiatement dans la cavité du sac. Un doigt est introduit dans la cavité du sac jusque près de l'anneau inguinal profond. Dans le sac existent un peu d'épiploon et quelques anses grêles sans adhérences qui se réduisent avec une extrême facilité. Ceci fait, et le sac bien ouvert, je constate que la besogne est loin d'être achevée. Une anse considérable du gros intestin, reconnaissable à ses bandelettes et à ses houppes graisseuses, très volumineuses dans le cas particulier, anse dont la longueur peut être évaluée à trente centimètres, s'insère, par son méso, sur la paroi du sac, et fait pour ainsi dire corps avec cette paroi. Le péritoine passe sur la face antérieure, seule, de l'anse intestinale et se replie en avant pour former la cavité herniaire. Il s'agit bien d'une hernie par glissement du côlon iliaque.

Je pratiquai avec les ciseaux une incison parallèle à l'intestin, mais très en dehors, à environ trois travers de doigt de l'anse intestinale, l'incision intéressant uniquement le feuillet péritonéal. Ceci fait, j'abandonnai tout instrument, et avec le doigt armé d'une compresse éponge, je fus assez heureux pour trouver immédiatement un plan de clivage qui me permit de libérer complètement l'intestin et les vaisseaux afférents et efférents. L'aide relevait l'anse sigmoïde, à mesure que la libération progressait. Je pus ainsi dégager complètement l'intestin du sac herniaire. Je poursuivis le décollement aussi haut que possible, à l'intérieur de la cavité abdominale. La réduction fut dès lors très aisée.

Toute cette manœuvre se fit sans la moindre hémorragie ; je n'eus ni à placer une pince, ni une ligature. Le sac, une fois la réduction faite, n'avait plus de revêtement péritonéal que sur sa face antérieure ; la partie postérieure était constituée par un feuillet fibreux. Je liai le sac au niveau de l'anneau inguinal profond et le reséquai.

Le malade donnant des signes sérieux d'inquiétude, je reconstitue très rapidement la paroi, deux points séparés au niveau de la paroi postérieure, trois points à la soie ferment la paroi antérieure du canal inguinal, drainage, les bords cutanés sont rapprochés par des agrafes de nickel. L'opération en tout n'a duré que vingt minutes. Le malade aurait d'ailleurs difficilement supporté une narcose plus longue. La face était bleuâtre, congestionnée, le pouls irrégulier et intermittent ; on lui pratique deux injections de caféine et une piqûre d'éther.

Le réveil se fit sans encombre. Je fis surveiller d'ailleurs le malade de près, et continuer la caféine et l'éther dans la crainte d'une syncope.

Les suites ultérieures furent très simples. Il n'y eut qu'un peu de suppuration de la partie inférieure de la plaie due à ce fait que le malade, pour éviter de souiller son pansement en urinant, n'avait rien trouvé de mieux que de garnir la verge et d'introduire dans le pansement son mouchoir de poche. Cette petite complication fut d'ailleurs de courte durée. La réunion fut rapidement complète. L'état général s'améliora lui-même considérablement. Les intermittences du pouls disparurent, probablement sous l'influence du repos au lit et de la caféine.

Le malade, muni d'une bonne ceinture hypogastrique, quittait la maison de santé, un mois après l'opération. La guérison s'est maintenue depuis lors, sans aucun incident.

Le traitement chirurgical des hernies par glissement du gros intestin est considéré par tous les auteurs comme très difficile. Et de fait, les opérations pratiquées jusqu'en 1895 n'ont guère été heureuses. Sur onze cas rapportés par Frœlich, il n'y eut que deux cas suivis de succès (Terrier, Hartmann). Par contre il y eut quatre échecs opératoires, trois cas guéris, mais après ouverture accidentelle de l'intestin et fistule stercorale consécutive, deux cas enfin où l'on fut obligé d'exciser l'anse herniée parce qu'on ne pouvait la réduire (Julliard).

Les difficultés viennent surtout de la peine que l'on éprouve à séparer l'intestin et ses vaisseaux des organes voisins pour les refouler dans la cavité abdominale ; si l'on se tient trop près de l'intestin, on le perfore, on sectionne les vaisseaux nourriciers, ou dans une dissection laborieuse, on amincit la paroi du côlon à ce point que le sphacèle devient inévitable.

Un point essentiel dans la libération du côlon c'est donc de garder ses distances, et suivant l'expression de Mouton, de gagner le large, c'est-à-dire, pratique-

ment, de rester toujours au moins à deux doigts et plus de l'intestin.

Il faut aussi avoir la patience de chercher le plan de clivage, qui permettra de séparer l'intestin. Cette libération est-elle facile ? M. BERGER pense qu'elle est *rarement possible*. CAMPENON pense au contraire qu'elle est possible dans la *plupart des cas*, et LAMBRET (in thèse MOUTON), pense que ce décollement est *toujours* possible.

Les faits publiés jusqu'à ce jour ne sont pas à notre avis suffisamment nombreux pour donner une conviction absolue. Mais un point est acquis c'est que ce décollement est dans certains cas au moins relativement aisé. MAUCLAIRE a pu l'observer pour ainsi dire expérimentalement, sur un cadavre porteur de hernie adhérente du gros intestin, il pratiqua une injection dans les vaisseaux. Il put ensuite décoller avec les doigts l'intestin et les vaisseaux qui s'y rendaient.

Mais pour que cette dissection ne soit pas dangereuse, et c'est un détail qui a son importance, c'est qu'il faut abandonner ciseaux et bistouris pour n'user que des doigts armés ou non d'une compresse. C'est le seul moyen de trouver le plan de clivage sauveur et d'y rester.

La facilité relative avec laquelle nous avons pu décoller l'intestin tient peut-être à ce fait qu'il exis- autour de la hernie une enveloppe fibro-cellulaire assez solide. Cette enveloppe nous a permis de séparer d'abord la tumeur herniaire des organes voisins (cordon, etc.) et, le sac ouvert, nous avons pu sectionner le seul feuillet péritonéal, parallèlement à l'intestin et décoller le côlon suivant ce plan de clivage sans ouvrir un vaisseau, sans avoir à placer ni une pince, ni une ligature. De sorte que, une fois l'intestin libéré jusque dans la fosse iliaque, et réintégré dans la cavité abdominale, il nous est resté un sac complet. A la vérité la paroi antérieure seule de ce sac présentant un revêtement péritonéal, la paroi postérieure était formée uniquement de l'enveloppe fibro-celluleuse, mais il n'est pas moins vrai que cette disposition nous était d'une grande utilité pour fermer le sac et oblitérer le trajet herniaire.

Ainsi s'expliquent les opinions contradictoires des différents auteurs : « On pourra toujours, dit FRŒLICH, réséquer le sac presque en entier et refouler le gros intestin dans le ventre sans léser les vaisseaux, puis fermer l'anneau. »

« C'est impossible, répond MOUTON, quelle que soit la variété de hernie adhérente par glissement. »

Il est évident que si l'on considère le sac, en tant que revêtement péritonéal, il est impossible de le disséquer, puisque une partie du sac est formé par l'intestin auquel adhère intimement son feuillet séreux. Mais il est probable que FRŒLICH a entendu par sac ce qui reste en fait après la libération du côlon, c'est-à-dire un sac fibreux recouvert seulement en partie de péritoine.

C'est précisément parce que nous ne savons pas si ce sac cellulo-fibreux existe toujours, et se trouve toujours assez résistant pour permettre les manœuvres de dissection, que nous hésitons à considérer la méthode que nous avons employée comme une méthode générale pouvant s'appliquer à tous les cas de hernie du côlon.

Il eût été peut-être préférable, au lieu de nous contenter de refouler l'intestin dans la cavité abdominale, de restaurer les feuillets péritonéaux et de fixer l'intestin à sa place par une colopexie, suivant les procédés de MORESTIN ou de SAVARIAUD. Mais l'état général de notre malade nous interdisait formellement de songer à faire plus. Une intervention plus longue et plus grave eût été à coup sûr mortelle.

D'ailleurs, nous avons tout lieu de nous féliciter du résultat obtenu. Nous avons revu le malade, trois mois après l'intervention. L'état général est bon. La cicatrice est solide. Le malade ne ressent plus aucun malaise, et rien ne fait prévoir aucune trace ni aucune menace de récidive.

Fibrome de la paroi abdominale

par **J. Druchert**, chef de clinique chirurgicale

Sans être d'une extrême rareté, les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs que l'on n'observe pas fréquemment ; leur pathogénie est encore discutée, aussi nous a-t-il paru intéressant de publier le cas suivant :

La malade, âgée de vingt-et-un ans, entre en août 1902 dans le service de M. le professeur DUBAR. Elle a toujours été bien portante ; à l'âge de dix-huit ans elle a eu un accouchement assez pénible, terminé par une application de forceps. Les suites de couches ont été normales.

Il y a huit mois, la malade, en soulevant une cuve remplie de linge, ressentit au niveau du flanc gauche, une douleur très vive. Elle dut même garder le lit pendant huit jours. Après ce petit accident, une ecchymose apparut dans la région douloureuse. Ce fut trois mois plus tard que la malade remarqua au point lésé précédemment, une petite tuméfaction siégeant au-dessus de l'arcade crurale.

Cette tumeur augmenta lentement de volume et quand nous examinâmes la malade, elle était grosse comme un œuf de pigeon. Indolore à la pression et siégeant profondément dans la paroi, elle paraissait assez mobile quand la malade étendue sur le dos relâchait ses muscles. La contraction de ceux-ci donnait à la tumeur une fixité toute particulière. La malade n'a pas remarqué de changement dans le volume de la tumeur à l'époque de ses règles ; en tout cas, à aucun moment, elle n'était le siège de douleurs.

En opérant la malade, nous avons vu que la tumeur siégeait en plein muscle ; elle adhérait solidement au péritoine pariétal dont une portion fut excisée. Il n'y avait aucun pédicule rattachant la tumeur à l'os iliaque et absolument aucune connexion avec le ligament rond.

Deux plans de suture au catgut réunirent le péritoine et la couche musculaire ; la plaie cutanée fut réunie à l'aide d'agrafes de MICHEL. La malade guérit par première intention.

L'examen microscopique a montré que la tumeur était constituée uniquement par du tissu fibreux et qu'il n'y avait pas de fibres musculaires lisses. En résumé, nous avons eu affaire à un fibrome développé dans une cicatrice de déchirure musculaire.

Nous n'entreprendrons pas de refaire ici l'historique ni la symptomatologie des fibromes de la paroi abdominale ; on trouvera tous ces points traités en détail dans la thèse de notre ami le docteur LOUBRY (1). Nous nous contenterons d'insister sur la pathogénie de ces tumeurs, la question n'étant pas encore tranchée d'une façon définitive.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question ayant cru sentir un pédicule rattachant la tumeur à la crête iliaque, établirent une théorie ostéo-périostique pour expliquer l'origine des fibromes de la paroi abdominale. Mais les opérateurs ont montré que souvent le pédicule que l'on a cru sentir n'existe pas en réalité. La théorie adoptée par HUGUIER, BODIN, NÉLATON, NICAISE, SALESSE fut donc abandonnée.

Avec GUYON apparaît la théorie fibro-musculaire : les fibromes se développent au milieu des muscles et des aponévroses ; les pédicules que l'on peut découvrir, ne seraient que des adhérences secondaires et accidentelles. LABBÉ et RÉMY incriminent principalement les déchirures musculaires qui se produisent au cours de l'accouchement ; c'est ce qui expliquerait ce fait que les fibromes de la paroi abdominale sont une affection presque spéciale au sexe féminin. Cette théorie est encore défendue par O'NEILL dans sa thèse de Paris 1901.

Plus récemment, GUINARD et PUYAUBERT ont fait des fibromes qui nous occupent, des tumeurs nées aux dépens de la portion intrapariétale du ligament rond. La présence de fibres musculaires lisses dans certaines tumeurs est un argument très important, ainsi que le siège habituel dans le voisinage de la région inguinale. Mais ce serait une erreur de vouloir expliquer tous les fibromes de la paroi abdominale par cette théorie, car certaines tumeurs sont situées au milieu des muscles striés, ne contiennent aucune fibre lisse, n'ont aucune connexion avec le ligament rond.

Nous nous rangeons donc à l'avis de MORESTIN, O'NEILL et AUVRAY et MARCILLE ; il existe sûrement des fibromes ou plutôt des fibromyomes nés aux dépens du ligament rond, mais d'autres tumeurs ont une origine musculo-aponévrotique, ce sont des cicatrices dues aux traumatismes, aux déchirures pendant la grossesse et l'accouchement, et qui ont subi un travail d'hypertrophie. L'observation que nous venons de publier est un exemple de ces fibromes d'origine cicatricielle.

(1) LOUBRY, Thèse de Lille 1903. Consulter également GUINARD, in LE DENTU et DELBET, VII, p. 415. PUYAUBERT, Thèse de Paris 1899, n° 314. O'NEILL, Thèse de Paris 1901, n° 473.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Octobre 1903

Présidence de M. SURMONT, vice-président

Examen histologique d'un cancer du pylore

M. Gellé montre des coupes histologiques provenant d'un cancer du pylore, dont l'observation clinique a été présentée à la séance précédente par MM. LAMBRET et TACONNET.

Lorsque l'on examine ces coupes à un faible grossissement, on remarque que la muqueuse est détruite en totalité, au siège de l'ulcération. La partie profonde de celle-ci est en contact avec la musculaire, à peine reste-t-il une faible bande de tissu conjonctif provenant de la sous-muqueuse. Au pourtour de l'ulcération, la sous-muqueuse est hypertrophiée.

A un plus fort grossissement, on remarque que cette hypertrophie est constituée par des fibres conjonctives adultes serrées les unes contre les autres, et formant des amas denses. Çà et là, quelques cellules épithéliales polymorphes, ayant subi la dégénérescence cancéreuse. Le tout apparaît comme une véritable lymphangite cancéreuse avec traînées disséminées parmi les fentes du tissu conjonctif et donnant à la tumeur un caractère squirrheux. On remarque encore de nombreux leucocytes, principalement autour des vaisseaux de la sous-muqueuse. L'inflammation se propage encore au pourtour des glandes pyloriques respectées par la néoplasie.

Si l'on suit, d'autre part, l'infiltration cancéreuse à travers la couche musculaire, on note qu'elle se présente sous deux aspects différents.

Tantôt, la néoplasie affecte la forme de nodules limités par un tissu scléreux dense qui refoule les masses musculaires ; tantôt, le cancer a conservé le type alvéolaire. Le tissu conjonctif est alors formé par de fines mailles de fibrilles conjonctives, dans lesquelles sont disséminées de nombreuses cellules épithéliales à type polymorphe.

Notons enfin, qu'en certains points, et principalement sur le rebord de l'ulcération, on constate que les cellules épithéliales sont atteintes de dégénérescence colloïde.

Il s'agit, en somme, d'un squirrhe à évolution lente ayant subi des poussées inflammatoires.

M. **Surmont** ayant demandé si le malade avait présenté, dans ces dernières années, des symptômes d'hypochlorhydrie, M. Gellé lui répond par l'affirmative.

Acné hypertrophique du nez

MM. **Gaudier** et **Gellé** rapportent une observation d'acné hypertrophique du nez, opéré à la clinique de l'hôpital Saint-Sauveur (*sera publié*).

Ostéite syphilitique tertiaire

M. **Raviart** présente un fémur et un péroné atteints d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée. Ces pièces anatomiques proviennent d'un aliéné de l'asile d'Armentières, mort de paralysie générale, seize ans après avoir été atteint de ces lésions. Celles-ci étaient les seules manifestations types de la syphilis. Les viscères avaient été respectés.

M. **Surmont** insiste sur la rareté des manifestations viscérales de la syphilis.

Arthralgie hystérique chez le vieillard

M. **Gellé** lit un mémoire portant sur deux cas d'arthralgie hystérique chez le vieillard. Ces cas ont été observés à la clinique de M. le professeur Combemale (*a été publié*).

M. **Surmont** n'a jamais rencontré de manifestations arthralgiques, de nature hystérique, portant sur les membres supérieurs, chez des sujets de cet âge.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques incompatibilités pharmaceutiques liées au modus operandi et des moyens d'y remédier.

Il arrive souvent qu'on associe dans une préparation magistrale, la cocaïne et le calomel, sous une des formes médicamenteuses, la pommade ou l'onguent.

Nous ne soulèverons pas ici le problème ancien de l'absorption cutanée des liparolés, les expériences classiques de Roussin et de Rabuteau sont trop présentes à la mémoire de tous, pour songer à le rappeler.

Nous voulons simplement dans cette note mettre à jour un des côtés pratiques de l'association médicamenteuse, l'incompatibilité.

Dans une étude récente, publiée au *Bulletin de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, nous signalions une de ces incompatibilités sous le titre « Cocaïne et Calomel. »

Que cherche le praticien dans chacune de ces substances isolément, et partant dans leur association ? Dans la cocaïne, l'insensibilisation locale, l'anesthésie ; dans le calomel, un effet doux, antiphlogistique, ainsi que l'indique sa désignation, *mercure doux*.

Or si on pulvérise ensemble le calomel et la cocaïne, ou mieux son sel usuel, le chlorhydrate, on ne tarde pas à constater le noircissement progressif du mélange.

Un examen analytique nous a permis de conclure à une modification profonde, modification chimique qui a comme toujours sa répercussion thérapeutique. Nous avons pensé que sous l'influence de la chaleur dégagée dans la pulvérisation, la cocaïne se dédoublait en ses éléments, alcool méthylique, acide benzoïque, ecgonine, et que cette dernière agissant sur le calomel libérait le mercure à l'état naissant.

Le mercure naissant est une des formes les plus divisées, partant les plus faciles à l'absorption, ainsi qu'il ressort des expériences de Merget. Or le mercure jouit de propriétés irritantes qui se retrouvent au maximum de leur effet dans une de ces combinaisons usuelles, bichlorure ou sublimé corrosif. La pulvérisation du calomel et de la cocaïne produit et l'un et l'autre mercure natif et bichlorure. On conçoit dès lors l'intérêt thérapeutique qui s'y rattache : au lieu d'une action calmante on obtient un effet irritant.

Généralisant la question, nous avons démontré que les mélanges de calomel et d'holocaïne, de calomel et d'un des alcaloïdes suivants, chlorhydrate de morphine, chlorhydrate de quinine, bromhydrate de ciculine, hyosciamine, vératrine, donnaient la réaction précitée.

Est-ce à dire que l'on ne doive prescrire de tels mélanges ? Non, car cette incompatibilité est liée au mode de préparation et comme lui variable. Si au lieu de pulvériser ensemble la cocaïne et le calomel on les pulvérise séparément et qu'on effectue le mélange à l'aide d'une carte, la poudre reste intacte, d'une couleur nettement blanche que le temps ne modifie pas. On a éliminé ainsi une cause de décomposition, l'échauffement dû à la pulvérisation, qui fournissait les calories nécessaires à la réaction. C'est ainsi qu'on obtient des pommades parfaitement blanches où le calomel et la cocaïne conservent leurs vertus propres. Il suffit à cet effet d'incorporer séparément à l'excipient, et successivement, l'un et l'autre des principes préalablement pulvérisés.

Ce sont là des faits pratiques qui ressortent plus de l'art pharmaceutique que de la thérapeutique, mais que ni l'un ni l'autre ne doit ignorer. René Guyot.

(*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*).



VARIÉTÉS & ANECDOTES

Il paraît que l'Autriche-Hongrie manque de médecins. Le dernier Congrès médical tenu à Vienne nous révèle cette anomalie. Vingt mille communes de l'empire, soit 86 p. 100, sont trop pauvres pour s'offrir un praticien, et 30 p. 100 des morts, — en Galicie la proportion atteint 75 p. 100 — sont enterrés sans certificat médical.

Et cette punérie de médecins menace de s'accroître encore, le nombre des étudiants en médecine diminuant dans des proportions inquiétantes. Sur 1.000 étudiants des Universités autrichiennes, on n'en compte que 132 pour la médecine. Le total des étudiants en médecine est seulement de 2.120 cette année. Il y en avait 5.227 en 1888-89 — soit une diminution d'environ 60 p. 100 en douze ans.

Quelles sont les causes de cette disette médicale ? Il y en a plusieurs, mais la principale est l'assurance obligatoire contre les maladies. Divers orateurs ont insisté sur ce point, le docteur Wichmann entre autres, qui a vivement engagé les jeunes gens à se détourner de la carrière médicale, déclarant que le gouvernement a tué pratiquement la profession par ses lois en faveur de la classe ouvrière.

Ce n'est pas que l'assurance obligatoire contre les maladies soit une mauvaise chose, mais c'est la manière dont elle est mise en pratique et les abus qu'on en fait qui ont causé tout le mal.

Dans les communes rurales les médecins ne peuvent plus vivre depuis longtemps, et maintenant qu'un bon tiers déjà des Viennois fait partie des Sociétés d'assurances, la lutte dans les villes devient aussi sans espoir.

Ajoutez à cela que le nombre des charlatans ne cesse de grandir, et que grâce aux progrès de l'hygiène, le nombre des malades a diminué depuis vingt ans de plus de moitié.

(*Médecine Moderne*).

L'empoisonnement par le datura stramonium chez les condamnés aux travaux forcés

Ce procédé est fort souvent mis en usage parmi les condamnés, et aussi les libérés, en Nouvelle-Calédonie.

Le *datura* est, en effet, fréquent aux environs de Nouméa : il existe près des murailles, sur les talus arides des voies ferrées en construction, au bord des routes ; on le reconnaît facilement à ses grandes fleurs infundibuliformes blanches, à ses larges feuilles aux dentelures aiguës, à sa capsule épineuse contenant les graines noires.

Tout condamné sait fort bien qu'avec une pincée de ces graines, écrasées entre le pouce et l'index (deux ou trois graines suffisent d'après eux), on saupoudre fort à propos la soupe d'un voisin possesseur de quelques pièces de monnaie : quelques heures après, ce dernier, titubant et délirant, la pupille dilatée, se lève et révèle lui-même la cachette du trésor ; les acteurs du drame en font leur profit ; le soir la victime se réveillera sans aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Parfois la dose est trop forte et la mort peut s'ensuivre, ou encore le poison peut provoquer une entérite dysentériforme très tenace ; dans les matières fécales on retrouve des débris végétaux.

(*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 3 novembre 1903, sous la présidence de M. le professeur-doyen Combemale, administrateur des hospices, et devant un jury composé de MM. les professeurs Dubar, Charmeil, Oui, Gaudier, Ausset, ont eu lieu les épreuves du **concours pour l'internat**. Dix candidats ont pris part à toutes les épreuves.

L'épreuve écrite s'est faite sur la question *Cordon spermatique, variocèle*. L'épreuve orale sur *Symptômes et diagnostic des pleurésies purulentes*. A l'épreuve de garde, la question sortie a été *Premiers soins à donner aux blessés dans le cas de fracture de jambe*; *Conduite à tenir dans la mort apparente du nouveau-né*.

Le jury a présenté et la Commission administrative des hospices a nommé internes titulaires MM. Petit, Descarpentries, Looten, Gugelot et Chaix ; internes provisoires MM. Lequette, Duprez, Dubois, Ponthieu, De Swarte.

— Le même jour, sous la présidence de M. Combemale, administrateur des hospices, et devant un jury composé de MM. les professeurs Baudry, Bédart, Patou, Gérard (G), ont eu lieu les épreuves du **concours pour l'externat**. Vingt-trois candidats ont pris part à ce concours, sans défaillance.

La question écrite sortie de l'urne était : *Diaphragme : Muscles qui s'insèrent à l'acromion, au grand trochanter, au scaphoïde*. La question orale portait : *Signes de la pneumonie. Dérivation*.

A la suite du concours, le jury a classé les candidats dans l'ordre suivant : Gahlinger, Denizard, Cannac, Verhaeghe, Bernard, Bocquillon, Marsy, Desruelles, Cheneby, Riche, Lemoine, Tramblin, Deblock, Carlier, Ammeux, Gosselin, Beun, Vantourout, Bouly, Blond, Ruyssen, Brohan, Michel.

— Par divers arrêtés rectoraux viennent d'être nommés : M. le docteur Juste Colle, prosecteur d'anatomie, M. Verrue, étudiant en pharmacie, aide préparateur de physique médicale, M. Lescœur, étudiant en médecine, préparateur de chimie minérale, M. Delporte, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de pharmacie ; M. Lalisse, étudiant en pharmacie, aide-préparateur de chimie minérale.

— Le cours préparatoire aux examens pour le **brevet**

d'infirmier et d'infirmière des hôpitaux de Lille, commencera le 15 Novembre prochain. MM. les docteurs Drucbert et Breton sont chargés d'assurer cet enseignement durant toute l'année scolaire.

— Nous relevons dans le dernier mouvement survenu dans le **corps de santé militaire,** comme intéressant notre région, les mutations suivantes : M. le docteur Sockeel, médecin principal de 2e classe, est nommé à l'hôpital de Lille. M. le docteur Pruvost, médecin-major de 2e classe, est nommé à Douai au 15e d'artillerie. M. le docteur Bouffardeau, médecin-major de 2e classe, est désigné pour le 1er d'artillerie à pied à Douai. M. le docteur Nicolle, médecin aide-major de 1re classe est désigné pour le 21e dragons, à Saint-Omer.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Nantes. — M. le docteur Monnier, professeur d'hygiène et de médecine légale, est nommé professeur de pathologie médicale et de pathologie générale.

M. le docteur Mirallié, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

Rennes. — M. le docteur Lautier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions.

Dijon. — M. le docteur Michaut, chef des travaux de physiologie, est chargé en outre d'un cours de physiologie.

Limoges. — M. le docteur Garsaud, est nommé chef des travaux physiques et cliniques.

Notre Carnet

Monsieur le docteur Emile Dehay, de Croisilles (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille Marie-Louise. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs A.-H. Cézilly, de Paris ; Grach, de Saint-Mandé (Seine) ; Clédou, de Navarrenx (Basses-Pyrénées) ; Pascal, ancien médecin sanitaire maritime ; Chauvin, supérieur de la mission du Kiang-Nan (Chine) ; Dollez, de Guise (Aisne) ; Antoine Cros, d'Asnières (Seine). Duhamel, de Fives-Lille ; nous adressons à la famille de notre confrère, depuis plusieurs années malade, l'expression de nos bien vives condoléances.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

43e Semaine, du 18 au 24 Octobre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	7
3 mois à un an	3	5
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	2	»
5 à 10 ans	»	»
10 à 20 ans	1	»
20 à 40 ans	3	»
40 à 60 ans	5	4
60 à 80 ans	7	8
80 ans et au-dessus	1	»
Total	29	32

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	»
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	3	2	3	»	»	»	4	»	»	1	»	»	5	18	14
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3	9	12
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	6	»	»	4	»	»	»	»	»	10	23	28
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	4
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	11
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	1	»	1	»	3	8	2
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	1	»	»	»	»	2	7	16
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	8
Total	»	»	»	»	»	1	1	6	6	8	15	»	»	15	1	1	1	1	»	30	86	105

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 357. Septième Année. N° 46. Le Numéro : **10** centimes 15 Novembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Résection du genou

par M. le professeur **H. Folet**

On n'a pas très souvent l'occasion de voir des pièces de résection articulaire douze mois après l'opération. Voici (1), Messieurs, celles d'une résection du genou faite en janvier 1902. Quoique les os n'aient pas été fixés par la suture, ils se sont absolument et complètement soudés. La substance spongieuse des condyles fémoraux se continue avec le tissu spongieux des tubérosités tibiales, ainsi que vous le voyez sur cette coupe antéro-postérieure qui divise les deux os unis. Ne faites pas attention à cet enfoncement qui existe sur l'une des faces de la section à la scie ; c'est un coup de pouce malencontreux que j'ai donné sur la pièce fraîche, appuyant trop fort sur cette face pour juger de la consistance du tissu trabéculaire. Il était dépressible et friable comme vous le voyez ; néanmoins d'une solidité suffisante et satisfaisante. C'est un beau résultat d'ankylose osseuse fémoro-tibiale. Les deux os n'étaient point absolument rectilignes : l'axe du tibia faisait un très léger angle à sinus postérieur avec le fémur, et était également incliné en genu varum minime. Toutefois cela constituait un membre qui, semble-t-il, devait être solide.

(1) Présentation faite à la *Société de Médecine*, séance du 26 Juin 1903.

Et bien, la malade n'a jamais marché dessus. Ce n'est pas, comme vous pourriez le croire, une maladie intercurrente qui, en enlevant la patiente, m'a livré cette pièce. Non, la malade vit et se porte bien. Mais, malgré le succès de la résection au point de vue de la consolidation osseuse, elle a fini, lassée par des fistules interminables et sans cesse renaissantes, par solliciter l'amputation.

Voici d'ailleurs son histoire :

Rosalie V..., 31 ans, célibataire, fille d'apparence assez robuste, blonde, grasse, sans antécédents pathologiques familiaux ou personnels. C'est spontanément et sans qu'elle puisse invoquer aucun traumatisme causal qu'il y a cinq ans la malade éprouva de la raideur dans le genou droit. La marche et surtout l'achopement étaient douloureux. Les douleurs spontanées s'installèrent, puis le gonflement de l'article. Tous ces symptômes augmentent peu à peu. En septembre 1901, la malade ne peut plus marcher que péniblement avec deux cannes. En novembre elle s'alite et enfin entre à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de la clinique chirurgicale, le 16 janvier 1902.

Le genou est gros, globuleux, gonflé surtout au côté interne ; de consistance molle : ce n'est pas du liquide mais des fongosités qui remplissent la cavité synoviale. La pression est douloureuse. Toute tentative de remuement articulaire éveille de vives souffrances et des contractures qui s'opposent à ce que le mouvement s'accomplisse. L'article n'est pourtant pas absolument ankylosé, on y perçoit quelque mobilité.

Il n'y a pas de fistules, ni de points où il paraisse devoir

s'en former prochainement. La peau est d'une pâleur mate. C'est la vraie tumeur *blanche*, l'arthrite fongueuse bacillaire.

Le 22 janvier 1902, je pratique l'arthrotomie pour vérifier l'état de la jointure. J'avais de la malade l'autorisation d'amputer, mais elle m'avait prié instamment de faire tout le possible pour lui conserver son membre même raccourci et ankylosé, et de n'amputer qu'à la dernière extrémité. Je trouve la jointure bourrée de fongosités, cartilages érodés et détruits par places. Ayant réséqué le plateau tibial, j'y rencontre un foyer caséifié que je nettoie. J'enlève, par une section transversale, les sommets des condyles fémoraux : le fémur ne paraît pas attaqué dans sa profondeur. Dans le creux poplité se trouve un foyer purulent qui est évacué, lavé et drainé.

Devant la limitation au tibia des lésions bacillaires, le désir très vif manifesté par la patiente de conserver sa jambe, et son état général assez satisfaisant, je me décide à faire de la conservation et à me borner à une résection. Toute la synoviale est nettoyée et touchée au chlorure de zinc ; les deux surfaces de section osseuse s'accolent bien et se maintiennent sans suture. Large drainage des cavités opératoires, pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate. Appareil plâtré maintenant tout le membre inférieur. Le premier pansement est fait le 17 février, 25 jours après l'intervention. Les choses paraissent en bon état et l'on remet un nouvel appareil plâtré, espérant un excellent résultat local.

Mais, à partir de ce moment, de petites poussées fébriles se produisent fréquemment et obligent à des pansements répétés tous les cinq ou six jours. Cela me força à remplacer l'appareil plâtré par une gouttière en fil de fer, et fit que la rectitude absolue de la jambe sur la cuisse ne put être exactement maintenue : l'axe tibial se fléchit très légèrement sur l'axe fémoral et il se produit de plus une minime incurvation de tout le membre en genu varum. Néanmoins la consolidation se fit en trois mois entre le fémur et le tibia (nous avons vu tout à l'heure que la fusion même était complète) ; et la petite flexion-incurvation du membre n'aurait pas empêché la réséquée de guérir complètement et de marcher de façon assez convenable si d'autres incidents ne s'étaient produits.

Les orifices postérieurs des drains placés antéro-postérieurement de chaque côté du genou, étaient restés fistuleux et d'autres petits foyers de suppuration s'étaient faits dans le jarret et sur la face postéro-inférieure de la cuisse, nécessitant ouvertures et drainages. Des injections à l'eau oxygénée et au naphtol camphré n'amenèrent pas la cicatrisation des foyers ; s'ils se fermaient momentanément, ils se rouvraient bientôt, ou d'autres abcès s'ouvraient à côté. A plusieurs reprises j'explorai au stylet ces fistules tubulaires qui remontaient jusque vers le milieu du fémur. Je n'arrivais pas sur l'os dénudé, mais j'étais persuadé qu'elles remontaient jusqu'à des petits foyers d'ostéite bacillaire.

Cela dura ainsi durant dix mois, jusqu'en décembre, et pendant tout ce temps, quoique la santé générale se maintînt satisfaisante, les tissus du membre malade restaient engorgés et mal vivants, la peau blanche et œdémateuse. Et cette dystrophie s'accentuait encore, s'accompagnant de douleurs vives, quand on essayait de faire lever la patiente, de l'asseoir dans un fauteuil durant la journée, ou qu'on lui faisait faire quelques tentatives de marche à l'aide de béquilles.

La malade était désolée ; et moi même je regrettais de n'avoir pas amputé la cuisse. Comme elle avait vu deux malades de la salle, qui étaient entrées à l'hôpital pour des tumeurs blanches avancées du genou, guérir en quelques semaines par l'amputation, elle en vint à regretter de n'avoir pas subi, comme elles, l'opération radicale. Elle me la demanda au commencement de janvier 1903, préférant marcher avec une jambe de bois, que de rester indéfiniment sur son lit, sans espoir de guérison définitive.

J'accédai à son désir et lui fis l'amputation au tiers supérieur du fémur, en février 1903.

Elle est aujourd'hui guérie et sortie de l'hôpital.

L'examen des pièces me montra, comme je l'ai dit plus haut, la parfaite soudure des os réséqués, mais je fus surpris de ne trouver sur la diaphyse fémorale aucune lésion d'ostéite. Le fémur était absolument indemne. Les fistules étaient des fistules bacillaires se perdant dans les parties molles, des foyers de suppuration tubulaires n'aboutissant à aucune lésion osseuse.

Il est probable que si j'eusse pu placer ma malade au bord de la mer, la faire se lever et passer sa journée au soleil et au grand air, dans la chaise longue ou le fauteuil d'abord, puis la faire se promener avec des béquilles dans un jardin ou sous des galeries couvertes ; ou bien s'il m'eût été loisible de l'envoyer à des eaux chlorurées sodiques, avec balnéation générale réconfortante, injections d'eaux mères dans les fistules ; en un mot si cette femme avait été en mesure de se payer toutes les délicatesses d'une excellente et luxueuse hygiène, tant au point de vue de l'aération qu'à celui de l'alimentation, les bacilloses locales auraient pu se tarir et se cicatriser, et elle aurait fini par marcher sur une jambe, raccourcie et un peu arquée mais solide, laquelle d'ailleurs aurait toujours été inapte aux fatigues.

Dans le milieu hospitalier urbain, ses suppurations tuberculeuses, loin de se guérir, ne pouvaient que s'éterniser et s'étendre. Chez les jeunes sujets, — j'entends chez les adolescents de seize à dix-huit ans, chez lesquels l'os a terminé sa croissance, car il importe, avant cette époque, à ne pas supprimer ou offenser gravement le cartilage de conjugaison, — chez les jeunes sujets que l'on résèque, la vitalité intense des tissus peut suppléer, dans une certaine mesure, à ces éléments de curation liés au milieu ambiant ; et l'on obtient chez eux, même à l'hôpital, des résultats heureux. D'où cette opinion que les résections conviennent aux jeunes sujets, mais réussissent beaucoup moins chez l'adulte, même bien portant et pas trop âgé. Ou du moins elles nécessitent alors des conditions de milieu et de soins tout à fait supérieures. Il importe donc, dans le choix d'une intervention chirurgicale pour tumeur blanche suppurée, de tenir grand compte de la situation sociale de l'opéré. Ma malade a perdu un an, un an de souffrances physiques et de tristesses morales, à attendre une opération radicale qui, si elle eût été faite d'emblée, lui aurait permis de travailler depuis dix mois.



Etude étiologique des atrophies du nerf optique

par le docteur **Georges Gérard**,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille

(Suite et Fin)

VI. ATROPHIES AU COURS DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Le nerf optique étant une émanation directe du système nerveux central, peut être intéressé par la plupart des affections qui touchent l'encéphale, la moelle ou les méninges, et que nous allons passer en revue.

1° Maladies de l'hémisphère cérébral

a) *Tumeurs cérébrales.* — Elle s'accompagnent le plus souvent de névrites avec un signe de première importance, la stase papillaire, et qui aboutissent généralement à l'atrophie papillaire; plus rarement d'atrophie simple des nerfs optiques.

La stase papillaire ou papille étranglée (Stauungspapille) peut exister seule, sans être accompagnée d'aucun trouble appréciable pour le malade. « Elle a été diversement interprétée (distension de l'espace intra-vaginal du nerf par le liquide encéphalique, œdème papillaire, etc.). Elle n'est du reste nullement pathognomonique. S'il n'y a pas tout d'abord des troubles visuels, ceux-ci arrivent à la longue; d'abord le rétrécissement du champ visuel, puis l'amaurose en relation avec l'atrophie blanche de la papille consécutive à la persistance de l'étranglement. » (MOUSSOUS. Traité des maladies de l'enfance. IV, 476).

VALUDE insiste sur la signification de la papille étranglée chez l'enfant : « D'une façon habituelle, dit-il, la stase papillaire signifie tumeur cérébrale, foyer tuberculeux circonscrit à marche chronique, tandis que la papille se rencontre plutôt dans la méningite aiguë; on l'observe aussi dans certaines maladies infectieuses telles que la méningite cérébro-spinale épidémique, la diphtérie, la rougeole et la scarlatine. L'évolution de ces deux variétés de névrite optique aboutit à l'atrophie du nerf, mais cette terminaison est beaucoup plus constante, plus complète et plus rapide dans la papillite simple que dans la stase papillaire.... »

Pour BRISSAUD enfin, la stase papillaire est d'un grand secours dans le diagnostic de localisation de la tumeur. « Si elle est bilatérale, dit-il, elle indique une altération du chiasma ou des deux tubercules quadrijumeaux, ou de la glande pinéale ou même parfois du plancher du troisième ventricule. Dans tous les cas, c'est toujours la dégénération primitive des bandelettes optiques ou des tubercules quadrijumeaux d'où elles émanent qui est le point de départ de l'atrophie papillaire... Si l'amaurose est unilatérale, elle révèle une névrite optique droite ou gauche; et la tumeur est presque toujours extracérébrale (*anévrysme de la carotide interne, tumeur osseuse de la selle turcique*)... » (Traité de médecine CHARCOT-BOUCHARD, VI-238).

Quant à l'atrophie simple des nerfs optiques, survenant dans les tumeurs cérébrales, elle serait, le plus ordinairement, consécutive à une compression des bandelettes et du chiasma.

b) Dans les *scléroses cérébrales*, on a noté dit RICHARDIÈRE, l'atrophie du nerf optique et la choroïdite disséminée (HAMMOND, GODHART).

c) Dans l'*hydrocéphalie* « la vue est le sens qui se perd le plus fréquemment et le plus tôt. Presque tous les hydrocéphales ont la vue faible et sont très myopes. L'affaiblissement de la vision peut aller jusqu'à la cécité complète. Celle-ci est dans un grand nombre de cas la conséquence d'une névrite optique double aboutissant à l'atrophie papillaire que l'ophtalmoscope peut faire constater. » (D'ASTROS, Traité des maladies de l'enfance, IV-557).

Pour TERSON, l'hydrocéphalie « est souvent accompagnée d'un œdème de la papille qui se continue par une atrophie plus ou moins prononcée, peut être par réplétion du recessus intra-chiasmatique de MICHEL, dépendant du troisième ventricule et pouvant comprimer l'entre-croisement des nerfs optiques, ou plutôt par œdème cérébral généralisé. »

d) L'*épilepsie Jacksonnienne* et l'*idiotie* s'accompagneraient quelquefois de névrites optiques.

2° Maladies du cervelet

Les *lésions du cervelet* et en particulier les *tumeurs* s'accompagnent fréquemment soit de stase papillaire, soit d'atrophie du nerf optique pouvant se montrer avant tous les autres symptômes. « Les troubles de la vue peuvent aller depuis l'amblyopie légère jusqu'à la cécité absolue et sont tellement fréquents (59 pour 100, LUYS), que bon nombre d'auteurs admettaient autrefois une relation immédiate entre le sens de la vue et le cervelet, opinion qui n'est plus admise. La lésion de voisinage des tubercules quadrijumeaux

suffit sans doute à les provoquer et c'est ce qu'on observe parfois. » (PARMENTIER, Maladies du système nerveux. Traité DEBOVE-ACHARD, 1894, III-380).

Cette lésion des tubercules quadrijumeaux *antérieurs* doit être, à notre avis, incriminée dans les cas les plus nombreux et l'on doit considérer l'atrophie du nerf optique comme étant secondaire à la lésion (tumeur, tuberculose, etc.,) des centres ganglionnaires — tubercules quadrijumeaux, peut-être corps genouillés externes — des voies optiques. La tuberculose des tubercules quadrijumeaux a été bien étudiée par RAVIART (thèse de Lille, 1898).

Il nous a été donné d'observer un cas de lésion cérébelleuse avec atrophie optique, dont nous rapportons l'observation succincte :

OBSERVATION. — En janvier 1900, un jeune homme de 20 ans, Julien D..., dont je connaissais la famille, venait me consulter pour des douleurs internes du dos et de la nuque qui avaient déjà été traitées sans résultat par divers moyens et surtout par les applications répétées de pointes de feu le long du rachis.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ; le père, les frères, que je connais, sont bien portants ; la mère est morte d'une affection indéterminée. Rien non plus dans les antécédents personnels. Mon malade est un nerveux, très impressionnable, extrêmement timide ; léger strabisme interne de l'œil gauche ; pas de syphilis.

En dehors des douleurs qui semblaient bien localisées aux nerfs intercostaux, on ne trouvait rien. Pas d'anesthésie cutanée, pas de myosalgies ; réflexes oculaires, patellaires intacts. Rien d'anormal dans la marche, dans la station debout, les yeux fermés ; pas de vomissements ni de vertige. Etat général bon.

Je revis plusieurs fois mon malade en février ; les douleurs avaient paru se calmer rapidement sous l'influence d'un traitement quelconque ; et je ne manquai pas alors d'attribuer aux médicaments que j'avais ordonnés une amélioration qui était une simple rémission au cours d'une affection grave en train d'évoluer.

En mars, l'état général était moins bon : pâleur, perte d'appétit, amaigrissement ; pas de signe de tuberculose pulmonaire. Les douleurs observées primitivement étaient revenues plus violentes que jamais, localisées aux nerfs cervicaux postérieurs et intercostaux ; de temps à autre, céphalalgies frontales qui duraient en général peu de temps. Myosis léger, pas de signe d'ARGYLL-ROBERTSON.

Peu à peu survinrent des vertiges d'intensité variable, qui s'exagéraient par l'occlusion des paupières, mais disparaissaient la nuit ou quand le malade se couchait ; une légère titubation dans la démarche, observée irrégulièrement ; en faisant réunir les talons, j'observai quelques oscillations, un balancement de tout le corps qui s'exagérait quand je faisais fermer les yeux, quelques plaques d'anesthésie aux deux avant-bras ; réflexes intacts.

Au mois d'avril, l'acuité visuelle commença à baisser et il survint quelques vomissements. Tous les traitements restaient sans effet sur les douleurs qui étaient intolérables et s'irradiaient aux membres supérieurs dans les territoires du médian et du cubital.

Je pensai à une affection centrale dont je ne pouvais préciser le siège. Le docteur BESANÇON, qui vit le malade au commencement de mai, posa le diagnostic d'affection cérébelleuse, confirmé bientôt par l'aggravation de tous les symptômes : vomissements plus fréquents survenant principalement le matin, affaiblissement de plus en plus considérable de l'acuité visuelle, amaurose bilatérale complète au commencement de juin, parésie des membres inférieurs, puis paraplégie complète, cystite purulente qui débuta au milieu de juin et dura jusqu'à la mort, escharres de décubitus à la région sacrée et au niveau des trochanters, diminution de l'intelligence, qui aboutit en juillet à une hébétude presque complète. Les douleurs étaient aussi violentes qu'au début et étaient à peine atténuées par la morphine (quatre à huit injections par jour). Cachexie et mort le 18 juillet.

L'autopsie ne put être faite. D'après l'ensemble des symptômes, il est permis de songer à une destruction par tumeur, ou par tuberculose de la face antérieure du vermis, ayant envahi secondairement les tubercules quadrijumeaux et peut-être les corps genouillés. L'atrophie du nerf optique était nettement consécutive à une lésion des centres ganglionnaires.

Dans l'*hérédo-ataxie cérébelleuse* l'atrophie s'observe, mais très rarement.

3° Maladies intrinsèques de la moelle épinière

Diverses affections spinales peuvent s'accompagner d'atrophie du nerf optique suivant un processus qui est encore mal éclairci : myélites aiguës, ataxie locomotrice, scléroses, maladie de FRIEDREICH.

Il nous faut éviter, en première ligne, le *tabès*, qui de beaucoup est la cause la plus commune de l'atrophie simple. « L'atrophie se déclare habituellement dans le stade initial du tabès, à une époque où les symptômes ataxiques sont peu prononcés ou manquent totalement, et où il n'est pas encore facile d'établir le diagnostic de l'affection (signes D'ARGYLL-ROBERTSON et de WESTPHAL). L'atrophie spinale du nerf optique atteint toujours les deux yeux, mais pas en même temps. Elle fait des progrès lents, mais conduit fatalement à la cécité et elle mérite ainsi le nom d'atrophie progressive. » (FUCHS. Manuel d'ophtalmologie, traduction française, 2e édition, 1897, p. 521).

« Parmi les lésions relativement fréquentes que l'on rencontre au cours du tabès, dit INGELRANS dans son excellente thèse (Formes anormales du tabès dorsualis, Paris 1897), une des mieux connues est l'atrophie papillaire par névrite optique. Le fait emprunte tout son intérêt au rôle véritablement capital qu'il joue dans l'évolution du tabes. » (p. 70).

Et à propos de sa fréquence : « Les statistiques, (p. 71) varient beaucoup, peut-être parce que quelques observateurs hésitent à faire entrer dans le tabes les cas accompagnés de très peu de symptômes. TOPINARD donne 51 cas sur 102, EISENMANN 30 sur 68, ERB 3 sur 71, GOWERS 15 à 20 p. 100. Sur 3 tabétiques, ROSENTHAL dit qu'il y a un amblyopique, 60 sur 203 d'après CYON, 12 à 13 °/₀ (MICHEL), 1 sur 6 (ALTHAUS), 13,5 °/₀ (MOËLI), 46,7 °/₀ (BERGER).

« DUCHENNE évalue à 17 sur 20 le nombre des tabétiques ayant des troubles visuels, ERISMANN à 30 sur 68. D'après LEBER, sur 87 cas d'atrophie du nerf optique observés en deux ans, 23 cas étaient atteints de tabès ou présentaient des symptômes spinaux, soit 26 °/₀. ROBIN dit nettement qu'il existe des cas avec l'amaurose comme unique symptôme. Pour GALEZOWSKI, les atrophies tabétiques comprennent les 2/3 des atrophies papillaires. Sur 1.029 atrophies, il a trouvé 717 tabétiques. Nous croyons que l'opinion de MARIE donne la note juste quand il dit : « La névrite optique survient dans 10 à 20 p. 100 des cas. »

INGELRANS est nettement d'avis que « la cécité arrête le tabès dans son évolution .. le malade restant en l'état où l'a surpris la cécité, mais encore le plus souvent *les douleurs diminuent* considérablement et quelquefois disparaissent. Le plus souvent l'atrophie papillaire débute alors qu'il existe déjà des douleurs fulgurantes ; en même temps que s'établit la cécité (six à dix mois) les douleurs fulgurantes diminuent *presque toujours* de fréquence et d'intensité. Quand l'amblyopie apparaît en même temps que les douleurs, le tabès évolue en même temps qu'elle ; quand la cécité est complète, le tabès s'arrête. » Il ajoute d'ailleurs : « Ce n'est pas là une loi absolue ; en clinique, il n'en existe point. Mais on peut dire que neuf fois sur dix, les choses se passent comme nous l'avons dit. »

Pour A. TERSON, les troubles ophtalmoscopiques du côté du nerf optique s'observent à peu près dans un cinquième des cas de tabès. Avec DÉJERINE, il estime que son apparition s'accompagne de la diminution des divers symptômes. « Mais, ajoute-t-il, outre que l'atrophie optique atteint plus rarement les ataxiques à mouvement incoordonnés, et qu'elle est presque toujours un signe *précoce* de l'affection, il n'y a guère d'amélioration dans l'incoordination motrice, si cette dernière est déjà arrivée à un haut degré, quand l'atrophie optique commence à se développer... »

D'un pronostic très grave, affection incurable alors même que le tabès est nettement d'origine syphilitique, l'atrophie grise, caractérisée par l'aspect *lunaire* de la papille (TERSON) serait le plus souvent d'origine vasculaire.

b) *Les myélites aiguës* s'accompagnent parfois de névrites optiques. Depuis CHIFFORD ALBUTT (Signes ophtalmiques des maladies de la moelle. *Lancet*, 1870), d'assez nombreuses observations ont été publiées et la question a été résumée par GAULT (De la neuromyélite optique aiguë, thèse de Lyon, 1894.) La névrite optique, le plus souvent bilatérale, précède en général ou accompagne les premiers symptômes de myélite et peut se terminer par guérison.

c) Dans la *sclérose en plaques*, on observe parfois l'atrophie avec décoloration progressive de la papille, devenant rarement complète, se terminant exceptionnellement par cécité.

d) Elle est très rare dans la *maladie de Friedreich.*

e) Enfin dans le *tabès héréditaire*, les enfants atteints, dit VALUDE, peuvent présenter de l'atrophie grise des nerfs optiques, qui n'est alors que l'expression d'une sclérose médullaire disséminée ; l'atrophie optique a été rencontrée dans ces conditions entre huit et douze ans (HORNER).

4° Maladies des méninges

Dans la *méningite tuberculeuse*, les lésions des yeux sont fréquentes et bien connues ; congestion des veines choroïdiennes, neuro-papillite œdémateuse avec stase papillaire comme dans les tumeurs cérébrales, enfin les tubercules choroïdiens constatés à l'autopsie par AUTENRIETH, GUÉNEAU DE MUSSY, etc.), examinés à l'ophtalmoscope par de JAGER, MANZ et surtout BOUCHUT qui avait fondé sur leur présence fréquente la *cérébroscopie*, méthode souvent inutilisable, dont l'importance a été exagérée. « En dehors de ces troubles spéciaux, la papillite avec ou sans hémorrhagies rétiniennes et l'atrophie consécutive plus ou moins complète du nerf optique sont des symptômes oculaires assez fréquents de la méningite tuberculeuse (moitié des cas, PARINAUD) et des méningites en général. »

Les *Pachyméningites chroniques* avec ou sans hémorrhagies peuvent également s'accompagner de névrite et d'atrophie du nerf optique.

5° Syphilis des centres nerveux

La syphilis cérébrale s'accompagne très souvent de lésions des nerfs crâniens ou rachidiens ; « tous les nerfs cérébraux ne sont pas intéressés avec une égale fréquence... En première ligne vient le *chiasma*, région par excellence des productions syphilitiques de la base, avec les parties adjacentes des bandelettes et des nerfs optiques.... Les nerfs optiques eux-mêmes sont plus fréquemment lésés que les bandelettes. L'importance des lésions va en diminuant d'une façon générale à partir du chiasma, elles peuvent se poursuivre en décroissant d'ailleurs sur les nerfs optiques sous la forme de névrite interstitielle jusque dans leur trajet orbitaire, et même atteindre le bulbe oculaire, c'est-à-dire la papille. Il s'agit donc, à proprement parler, dans ces cas, de névrite *descendante*. Plus souvent peut-être les nerfs optiques dans l'orbite sont atteints d'atrophie simple. Mais ceci est à noter, dans les cas de ce genre, il existe toujours des lésions syphilitiques authentiques à l'intérieur du crâne et l'atrophie simple constatée dans l'orbite n'est en réalité qu'une dégénération secondaire. » (H. Lamy. Traité Charcot-Bouchard, 1894, VI-612).

6° Dystrophies d'origine nerveuse

Il faut signaler principalement l'*acromégalie* comme cause d'atrophie. Nous aurions pu, à la rigueur, la mettre au nombre des causes agissant directement par compression, le corps pituitaire hypertrophié agissant sur le chiasma comme une véritable tumeur et provoquant mécaniquement les lésions. Dans cette affection « l'acuité visuelle diminue, mais sans que les deux yeux soient pris au même degré. Elle peut aller jusque la cécité. A l'ophtalmoscope on peut constater, dans quelques cas, soit une *stase papillaire*, un peu moins intense que celle de la plupart des tumeurs cérébrales, soit une *décoloration de la papille* qui tourne peu à peu à l'atrophie. (A. Terson, dans l'Atlas d'ophtalmologie, p. 196.

7° Paralysie générale progressive

Les lésions oculaires y ont été diversement appréciées. Pour Gowers, G. Ballet et Jocqs (*Progrès médical*, 1893), Haab, les troubles ophtalmoscopiques et en particulier l'atrophie serait rare, bien que pouvant s'observer. Au contraire, Caudron (Le fond de l'œil des paralytiques généraux, thèse de Lille, 1902), puis Kéraval et Raviart (Arch. de neurologie, 1903, n° 85) arrivent aux conclusions suivantes : « De l'examen ophtalmoscopique de nos 51 malades, il ressort ce qui suit :

1. La majorité de ces malades hommes internés à l'asile d'Armentières, présentent de notables lésions du fond de l'œil ; *il n'y a guère que ceux qui ont eu rémission qui n'en présentent point.*

2. On trouve chez sept malades dont la paralysie générale a déjà atteint une période avancée, cinq fois de l'atrophie papillaire blanche, une fois de l'atrophie grise, une fois une sclérotico-choroïdite postérieure bilatérale sans myopie.

3. Etat de la papille pâle comme lavée chez treize paralytiques.

4. Chez vingt-deux autres, aspect flou d'un segment de la papille...

6. Examen microscopique montrant dans les cas les plus avancés la destruction totale des cellules nerveuses de la rétine et la production de la sclérose papillaire.

VII. Atrophies par propagations de lésions de voisinage

Un certain nombre d'affections de la face peuvent se compliquer d'atrophie du nerf optique. De celles-ci nous devons signaler principalement : *l'érysipèle* qui peut entraîner un phlegmon de l'orbite, *les maladies des fosses nasales* et de leurs cavités annexes.

A. *Erysipèle.* — « Quelquefois l'érysipèle, avec ou sans panophtalmie, occasionne un *phlegmon orbitaire* : dans d'autres cas, la lésion consiste en une *phlébite des veines ophtalmiques* et une *thrombose des sinus* de la dure-mère terminées en général par la mort. *L'atrophie du nerf optique* est la règle dans les phlegmons orbitaires non suivis de mort.... La rétine et le nerf optique sont atteints de plusieurs manières : *thrombose rétinienne* (Knapp) avec ou sans thrombo-phlébite orbitaire, décollement rétinien.... L'embolie septique pourrait se produire et avec elle une rétinite purulente et la suppuration du corps vitré. Mais la lésion la plus grave est *l'atrophie du nerf optique.* Cette atrophie est en général précédée d'une papillo-névrite que suit une dégénérescence blanche : dans des cas très rares (où l'on doit se demander si le nerf n'a pas été comprimé par une inflammation orbitaire au niveau du canal optique) l'atrophie blanche se

produit d'emblée, sans réaction inflammatoire préalable. L'atrophie est souvent bilatérale et la cécité absolument incurable. » (TERSON, Mal. de l'œil ; in traité de Chirurgie Le DENTU et DELBET, V-21).

Dans un cas de PARINAUD (Rec. d'ophtalm.,1879, p. 716),il survint de la cécité monoculaire à la suite d'un érysipèle accompagné de fièvre et céphalalgie violente.

Dans le *phlegmon de l'orbite* « la vision diminue en général très vite et arrive en quelques heures à l'amaurose complète ; le nerf optique comprimé montre à l'ophtalmoscope l'image d'une stase papillaire ou plus souvent une décoloration de la papille qui s'atrophie totalement. » (TERSON, l. c., p. 301).

B. *Affections nasales*. — Parmi celles-ci, *l'ozène*,dont l'importance étiologique est si grande en pathologie oculaire, pourrait provoquer non seulement des névrites (SULZER), mais encore des atrophies primitives du nerf optique (CASTEX).

Les complications oculaires des *sinusites* sont particulièrement bien connues.

a) *Sinusite ethmoïdale*. — Parmi les diverses complications orbito-oculaires de cette localisation, STANCULÉANU (Rapports anatom. et pathol. entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire, th. Paris 1902), signale le phlegmon orbitaire. «.... Plusieurs auteurs, dit-il, p. 26, ont admis l'existence d'un phlegmon orbitaire profond, grâce auquel ils expliquent les *lésions du nerf optique* dans les ethmoïdites.Quand ce phlegmon total de l'orbite se manifeste, on trouve presque toujours, en même temps qu'une lésion ethmoïdale, un ou plusieurs sinus malades (polysinusite) ; c'est surtout dans le cas de sinusite maxillaire compliquée d'ethmoïdite consécutive que l'on a trouvé ces graves phlegmons orbitaires, qui ont souvent causé la mort plusieurs fois par propagation aux méninges.

b) *La sinusite sphénoïdale* a une importance étiologique (BERGER) encore plus considérable au point de vue qui nous occupe. Avec ZUCKERKANDL (Anat. norm. et pathol. des fosses nasales., trad. fr. 1895) et STANCULEANU, on peut anatomiquement décrire *des grands sinus* sphénoïdaux, des *petits sinus* sphénoïdaux. Dans une série de recherches que j'ai moi-même poursuivies sur l'anatomie des fosses nasales, j'ai souvent été frappé de la différence de volume des divers sinus sphénoïdaux, je crois les grands sinus plus fréquents chez l'homme que chez la femme, et l'on n'a pas assez insisté en anatomie descriptive sur les prolongements aériens qu'ils envoient, soit dans les grandes et petites ailes du sphénoïde, soit du côté du sinus maxillaire, soit jusque dans l'apophyse basilaire de l'occipital, la base de l'apophyse ptérygoïde, le bec du sphénoïde. Les plus fréquentes de ces expansions aériennes sont celles qui creusent le corps du sphénoïde lui même ; elles sont intéressantes à beaucoup de points de vue (affections des fosses nasales, du rhino-pharynx, étiologie possible de certaines méningites, etc.). « Un prolongement très important pour les oculistes — écrit STANCULEANU (loco citato, p. 32) qui a également trouvé plus souvent de grands sinus — est celui qui se produit dans les *petites ailes du sphénoïde*, entourant ainsi le canal optique de toutes parts. » L'épaisseur de la paroi du sinus — sa minceur — a une grande importance pathologique ; à sa partie antéro-externe, le sinus sphénoïdal est en rapport avec le canal optique et son contenu : nerf optique et artère ophtalmique. Le nerf optique est si exactement adapté à sa paroi osseuse qu'il « *ne peut subir aucune augmentation de volume sans être fortement comprimé*. » Cette notion est capitale.

Ces complications orbito-oculaires de la sinusite sphénoïdale, étudiées en ces dernières années par BERGER Arch. d'ophtalm., 1894, 545) ; KAPLAN thèse Paris, 1891) ; PANAS (Maladie des yeux, 1894), BERTEMÈS (thèse de Nancy, 1900), de LAPERSONNE (Archives d'ophtalm., 1898 et 1899), plus récemment par STANCULEANU, 1902,avaient été rangées par GUILLEMAIN et TERSON (*Gazette des Hôpitaux*, 1892) en complications vasculaires et complications nerveuses.

Des premières, nous devons retenir : la thrombose du sinus caverneux, l'obstruction de la veine centrale de la rétine, le phlegmon de l'orbite sous la dépendance de la phlébite de la veine ophtalmiqne (DUPLAY, Archives générale de méd., 1874, II, 348).

Des secondes, l'inflammation des différents nerfs de l'orbite. Nous empruntons au remarquable travail de STANCULEANU la description des lésions qui atteignent le nerf optique. « Tous les auteurs depuis BERGER, dit-il, p. 48, ont insisté à l'envi sur les rapports si intimes qui existent entre le nerf optique et le sinus sphénoïdal. Mais si la chose est absolument établie au point de vue anatomique, il n'en est pas de même au point de vue clinique : tandis que les oculistes voient partout la sinusite sphénoïdale, d'autres (les rhinologistes) la diagnostiquent, hélas ! trop rarement !

« BERGER et KAPLAN admettent trois modes de propa-

gation de l'inflammation sinusienne au nerf optique : 1° Propagation au canal osseux de l'*ostéite* qui affecte les parois du sinus ; 2° Au moyen de déhiscences siégeant au niveau du canal optique ; 3° l'inflammation du sinus passe d'abord aux *méninges* et de là au nerf optique entouré de sa gaine méningée. Dans ce cas le nerf et ses gaînes viennent pour ainsi dire s'étrangler contre son canal.

A ces mécanismes, nous pourrions ajouter l'œdème du voisinage. »

Ces diverses modes doivent exister. Pour les appuyer, STANCULEANU cite : HYRTL, HOCK, un cas de KILIAN où la carie des parois sphénoïdales avec dilatation concomitante du sinus avait produit de l'exophtalmie et par conséquent une atrophie du nerf optique ; une observation très intéressante de DE LAPERSONNE (Archives d'opht., septembre 1899), COFFEZ et LOR, de HORNER.... De ces divers cas, nous devons retenir cette notion, qu'une atrophie du nerf optique, simple ou inflammatoire, peut compliquer la sinusite sphénoïdale.

c) *Sinusite frontale.* — STOERCK (Annales de laryngologie, 1900) a rapporté l'observation de deux cas d'amaurose consécutive à une sinusite frontale. De même DESBRIÈRES (Annales d'oculist. 1898) rapporte un cas d'atrophie complète chez une femme de 38 ans.

d) Dans la *sinusite maxillaire*, PAQUET (thèse de Lille, 1900) admet que « le mode le plus fréquent est le mode de continuité, par le moyen de l'ostéo-périostite. » Dans le phlegmon de l'orbite ainsi provoqué « la vision peut être diminuée ou abolie, par suite de la compression du nerf optique par le pus ou les tissus sphacélés. » L'atrophie est alors toujours inflammatoire (stase papillaire, etc.).

PAQUET considère les névrites optiques qui surviennent dans ces cas comme étant toujours d'origine infectieuse. Pour lui également, il est probable que le sinus maxillaire est toujours atteint avant le sinus sphénoïdal (l. c., p. 60).

Il nous semble impossible d'accepter cette opinion sans restriction et pour deux raisons : la première est d'ordre anatomique ; le sinus maxillaire n'entre en rapport avec le sinus sphénoïdal que dans le cas où celui-ci est très développé, grand sinus ; l'autre est d'ordre étiologique : de par le voisinage de l'amygdale pharyngienne si souvent hypertrophiée, le sinus sphénoïdal nous semble au moins aussi exposé que le sinus maxillaire.

En dehors de ces considérations toutes théoriques, il faut toutefois insister sur la fréquence de la sinusite maxillaire qui entrerait, seule ou associée aux autres sinusites, en ligne de compte pour plus de la moitié des cas (GERMANN, STANCULEANU). Du côté de l'orbite sa complication la plus fréquente est le phlegmon entraînant l'affection oculaire « soit par compression sur le globe ou les organes qui s'y rendent, soit par propagation de l'inflammation ».

VIII. ATROPHIES DU NERF OPTIQUE DANS LES AFFECTIONS OCULAIRES.

Un grand nombre d'affections des membranes internes de l'œil peut se terminer par atrophie du nerf optique. Nous serons bref sur ce chapitre qui pourrait embrasser toute la pathologie de la rétine et du nerf optique.

a) *Névrites optiques.* — Chemin faisant, nous avons eu l'occasion de signaler leur importance. Les névrites peuvent intéresser le nerf optique dans son ensemble, ou bien se localiser en avant de la lame criblée (papillite) ou bien siéger en arrière (névrite rétrobulbaire). L'atrophie est un de leurs modes fréquents de terminaison, par rétraction et cicatrisation des éléments du nerf œdématiés et enflammés, peut-être aussi par réaction de la dure-mère enflammée sur les fibres nerveuses elles-mêmes. Il faut cependant faire remarquer que certaines atrophies secondaires du nerf optique peuvent être suivies de la *restitutio ad integrum*, « l'amélioration survenant en dehors de tout traitement » (BRUN et MORAX).

Chez l'enfant, dit VALUDE, « la névrite optique n'est pas une affection propre du nerf, sauf quelques rares exceptions de tumeurs orbitaires ou de maladies infectieuses déterminées, c'est l'expression d'un processus morbide intra-cérébral, d'une lésion localisée ou diffuse du cerveau ou des méningites, ou encore de la boîte crânienne. » (Traité des maladies de l'enfance, v. p. 70).

b) L'embolie de l'artère centrale de la rétine peut se produire au cours de toute endocardite chronique ; c'est une affection bien connue qui ne nous arrêtera pas. Nous rappellerons seulement une de ses causes très particulières qui a été signalée récemment : au cours d'une injection prothétique de paraffine à la partie supérieure du nez, la cécité apparut complète. L'examen de l'œil fut fait une demi-heure après ; la pupille droite était dilatée et ne répondait plus à l'excitation

lumineuse, et le malade était incapable de distinguer la lumière de l'obscurité ; il avait la sensation subjective de mouches volantes ; la branche inférieure de l'artère centrale et ses divisions étaient vides et en état de collapsus, seulement reconnaissables à leur aspect blanchâtre. La branche supérieure contenait une petite quantité de sang... Les auteurs, HURD et HOLDEN, ajoutent : Les cas de cécité consécutifs aux injections de paraffine sont fort rares ; on n'en connaît qu'un seul exemple, celui de LEISER (*Medical Record*, 11 juillet 1903, rapporté in : Revue française de médecine et de chirurgie, 14 septembre 1903).

c) Dans l'*ophtalmie sympathique*, MOOREN, YVERT ont rapporté des cas douteux d'atrophie primitive.

d) Dans le *glaucome aigu ou subaigu*, si l'on n'intervient pas par un traitement énergique, la vision se perd, le nerf optique apparaît grisâtre, la papille profondément excavée et atrophiée. Les lésions observées sont : l'atrophie et la sclérose des vaisseaux de la rétine, l'atrophie du nerf optique et l'excavation profonde de la papille.

e) Dans le *gliome de la rétine*, les éléments gliomateux peuvent envahir le nerf optique et les membranes oculaires avant que les parents (on sait qu'il s'agit d'une tumeur du premier âge) aient eu l'attention attirée du côté de l'œil. D'autres fois, ce sont l'aspect brillant de la pupille (œil-de-chat amaurotique) puis l'amaurose qui mettent sur la voie d'une tumeur oculaire.

f) Enfin les *tumeurs du nerf optique*, plus fréquentes avant la trentième année pouvant atteindre le volume d'un œuf, naissant des gaînes ou du tissu nerveux, rappellent par tous leurs caractères les néoplasmes de l'encéphale ou des méninges — sarcomes, myxomes. Ils sont caractérisés par une amaurose consécutive à une atrophie du nerf évoluant plus ou moins rapidement, par la stase papillaire ou l'atrophie blanche, la douleur et l'exophtalmie.

En résumé, les causes très diverses que nous venons de passer en revue agissent sur le nerf optique de façons différentes : par compression, par propagation, par inflammation.

La compression serait la cause la plus fréquente de l'atrophie. Le nerf optique maintenu dans son canal, ne peut subir aucun changement de volume sous peine de s'atrophier rapidement. a) La compression peut être produite par les tissus de voisinage : formation d'un cal sur le trajet d'une fissure passant par le trou optique, épaississement local de son enveloppe dure-mérienne consécutif à la déchirure ou l'inflammation de la méninge, déchirure vasculaire dans l'orbite provoquant un hématome, hypertrophie du corps pituitaire amenant l'aplatissement de sa portion intra-crânienne ou du chiasma, etc.

b). Le nerf hypertrophié pour une raison quelconque — stase vasculaire, artérite atteignant la carotide interne et ses collatérales, plus rarement l'ophtalmique, compression rétro-bulbaire, inflammations de voisinage (orbite, sinus) — vient s'étrangler contre les parois rigides de son canal optique et s'atrophie.

La propagation des diverses affections nerveuses détruit directement les fibres du nerf qui s'atrophie par la mort de ses éléments essentiels.

Toute inflammation peut retentir sur le nerf lui-même, l'intéresser ou le détruire plus ou moins rapidement.

Enfin, on peut vraisemblablement attribuer certaines atrophies inexplicables à des lésions vasculaires ou des lésions trophiques du nerf lui-même. Ces causes pathogéniques des amauroses survenant sans raison apparente chez les personnes âgées demandent à être encore recherchées.

Consultations Médico-Chirurgicales

Mastites puerpérales

Professeur-agrégé M. OUI.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Chez une femme accouchée depuis une ou trois semaines, présentant depuis plusieurs jours des gerçures et des crevasses du mamelon; parfois, même, plus tard, au bout de six semaines à deux mois de lactation, et alors que les gerçures sont guéries, des accidents se produisent, caractérisés par une douleur vive au niveau du sein, par de la fièvre, etc.

L'examen clinique fait alors constater au niveau de l'aréole, soulevant la peau, une bosselure indurée, douloureuse au palper, qui se ramollit rapidement et donne nettement, au bout de quelques jours, la sensation de fluctuation. Il s'agit d'un *abcès de l'aréole*, restant généralement très limité.

II. A la suite d'une lymphangite ayant pour point de départ des gerçures du mamelon, on constate une persistance de l'hyperthermie, généralement peu accu-

sée, ne dépassant guère 38°5. La femme accuse de la douleur, la peau est rouge, les ganglions axillaires tuméfiés. En palpant le sein, on trouve une tuméfaction douloureuse, superficielle. Cette tuméfaction augmente assez rapidement de volume, se ramollit et présente au bout de quelques jours, une fluctuation superficielle, généralement assez facile à sentir, à condition de bien immobiliser le sein pendant l'exploration. Vous avez affaire, ici, à un *abcès du tissu cellulaire sous-cutané*.

III. De façon plus insidieuse, s'installe la mastide glandulaire ou galactophorite. Le sein est légèrement douloureux, un peu pesant : puis, la température s'élève : 38°, 38°5, 39°, 40° même. La douleur augmente, gênant, puis empêchant les mouvements qui la réveillent. Dans la profondeur du sein, légèrement déformé, la palpation permet de saisir un lobe de la glande, augmenté de volume et douloureux à la pression, pouvant atteindre le volume d'un gros œuf et quelquefois davantage. Cette tumeur n'adhère pas à la peau qui n'est pas modifiée. Les ganglions axillaires sont indemnes. En exprimant cette tumeur, on fait sourdre du pus par le mamelon. Ce pus, parfois, est épais, de couleur verdâtre, sortant difficilement et se distinguant facilement du lait. Dans d'autres cas, il est fluide et mélangé au lait. On ne peut alors s'assurer de sa présence qu'en le recueillant sur un tampon d'ouate hydrophile qui absorbe le lait tandis que le pus reste à sa surface (Budin). Tel est le type de la *galactophorite*.

Abandonné à elle-même, l'infection progresse, envahit le tissu cellulaire. L'*abcès du sein* est constitué qui, petit à petit, et lentement, va tendre à se faire jour vers la peau ou, dans quelques cas exceptionnels, gagnera les parties profondes, vers le tissu cellulaire rétro-mammaire, constituant alors l'abcès rétro-mammaire et l'abcès en bouton de chemise.

IV. Enfin, dans quelques cas rares, la mamelle tout entière est frappée en masse. Douleurs extrêmement intenses ; tuméfaction massive avec couleur violacée et livide de la peau ; état général grave d'emblée : frissons, grande hyperthermie, adynamie; établissement extrêmement rapide de la suppuration qui transforme le sein en une éponge purulente. Tels sont les signes de la *mastite totale phlegmoneuse du sein*.

INDICATIONS PATHOGENIQUES ET CLINIQUES. — Dans ces différentes formes de suppuration du sein, l'infection joue le rôle primordial, que les agents pathogènes pénétrant par les lymphatiques atteignent le tissu cellulaire périglandulaire ou que, suivant les canaux galactophores, ils se localisent d'abord dans les culs-de-sac glandulaires. D'où la première indication : assurer dans la limite du possible l'asepsie du mamelon, ce qui constitue le meilleur, on peut même dire le seul traitement prophylactique.

La seconde indication, c'est d'évacuer le pus ; indication qui pourra être remplie de façons différentes suivant les diverses formes cliniques.

A. TRAITEMENT CURATIF.— L'intervention différera avec la forme clinique de la mastite.

a) Abcès de l'aréole. — Aussi longtemps qu'il existe seulement une tuméfaction indurée, on peut espérer la résolution. Aussi, pendant cette période, on aura recours aux **enveloppements antiseptiques humides.**

Mais aussitôt que la fluctuation est perçue, l'**incision** s'impose. Un retard ne peut que favoriser l'extension de l'abcès et amener un décollement sous-aréolaire, Après l'incision, pansement aseptique sec. Le drainage est habituellement inutile, étant donné le faible volume de la poche purulente.

b) Abcès du tissu cellulaire sous-cutané.— Ici, encore, il y a lieu d'espérer la résolution et de la favoriser par les pansements humides antiseptiques. L'**incision** s'impose dès que le pus est collecté.

c) Galactophorite, mastite glandulaire. — « Au début de l'affection, alors que la suppuration est encore intra-canaliculaire, l'abcès peut être évité. Pour cela, le pus doit être évacué par les canaux galactophores.

Il faut donc avoir recours à l'**expression de la mamelle**. Les pressions seront exercées en partant du ou des lobes malades pour aboutir au mamelon, de façon à faire sortir le pus mélangé au lait. Cette expression sera renouvelée tous les jours, jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus par les orifices des canaux galactophores, résultat qui est parfois obtenu après deux ou trois séances d'expression et qui, dans d'autres cas, exige six à huit séances.

Lorsque l'expression n'amène plus que du lait, il faut surveiller, quelques jours encore, l'état local et la température, plusieurs lobes de la glande pouvant être atteints successivement. **Tant que le sein contient du pus, il y a lieu de cesser l'allaitement du côté malade.** Mais, d'autre part, comme la stase laiteuse favorise l'infection, il faut vider régulièrement le sein à l'aide d'un tire-lait

β Lorsque l'expression n'a pas permis d'évacuer le pus ; l'abcès primitivement glandulaire est devenu aussi périglandulaire, **ne laissez pas l'abcès s'ouvrir seul,** n'attendez pas la fluctuation. Vous exposeriez la malade à des décollements étendus et à des fistules interminables. Il faut pratiquer l'**incision**. Mais, comme souvent ces abcès sont multiples et que votre intervention peut être compliquée, **on incisera après anesthésie chloroformique.**

L'incision faite largement et parallèlement à la direction des canaux galactophores, vous introduirez le doigt

dans la cavité de l'abcès, explorerez, effondrerez avec l'extrémité de l'index les cloisons qui peuvent séparer d'autres poches suppurées. Puis, ceci fait, enfonçant un gros drain aussi profondément que possible, pansez à sec et maintenez le sein avec une forte couche d'ouate et un bandage légèrement compressif.

Faites le premier pansement au bout de quarante-huit heures. Commencez à raccourcir le drain que vous diminuerez à chaque pansement de façon à le supprimer rapidement et à éviter l'établissement d'une fistule.

d) Mastite totale. Phlegmon diffus du sein. — L'intervention dans ce cas doit se faire sans retard et être énergique. Sous chloroforme, faites des **incisions longues et profondes**, divisant tous les tissus infiltrés. Drainez largement et irriguez abondamment de liquides antiseptiques. Appliquez de larges pansements humides que vous renouvellerez fréquemment. Enfin, soutenez l'état général en alimentant votre malade autant que faire se pourra et en lui faisant absorber quinine et alcool.

TRAITEMENT. — Le traitement curateur est d'ordre chirurgical, le traitement préventif consiste uniquement en précaution hygiéniques.

B. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Qu'il existe ou non des gerçures au niveau du mamelon, toutes les précautions doivent être prises pour empêcher l'apport d'agents infectieux au niveau du mamelon ou pour détruire rapidement ceux qui y ont été apportés.

Le mamelon ne sera touché qu'avec des mains soigneusement lavées et ne devra être mis en contact qu'avec du linge propre. Comme on peut, parfois, être amené a employer dans les premiers temps de la lactation des bouts de sein et des téterelles, ces téterelles seront soumises à **l'ébullition** et conservées dans une **solution saturée d'acide borique**.

Enfant malade. — Dans le cas où le nourrisson serait porteur de lésions suppurées de la muqueuse de la bouche ou d'un abcès buccal, on emploiera, pour le faire téter, une **téterelle.**

Dans le cas d'ophtalmie purulente, le nouveau-né ne sera mis au sein qu'après un **lavage soigné des yeux** qui seront ensuite recouverts d'une compresse.

Enfant sain. — Enfin, même quand l'enfant est sain, le mamelon sera, aussitôt après la tétée, nettoyé avec une solution antiseptique pour le débarrasser des germes septiques que contient toujours la bouche du nourrisson.

Dans l'intervalle des tétées, le mamelon sera recouvert d'un petit morceau d'ouate ou d'une rondelle de tarlatane imbibée d'une solution antiseptique et recouverte d'un carré de taffetas imperméable qui s'oppose à l'évaporation.

Comme solution antiseptique, on peut employer soit la liqueur de Van Swieten additionnée de trois fois son volume d'eau bouillie (solution de sublimé à 0,25 pour 1.000), soit la mixture conseillée par Lepage.

Glycérine	500 grammes.
Eau stérilisée.	450 »
Alcool	50 »
Bi-iodure de mercure. . . .	0,10 à 0,20 centigr.
Iodure de potassium . . .	Q.S. pour dissoudre.

Au cas où les solutions mercurielles produiraient une éruption hydrargyrique, elles seraient remplacées par une solution d'acide borique ou d'aniodol.

Ces précautions antiseptiques doivent être continuées, même après guérison des gerçures, s'il y en a eu, pendant un mois à six semaines. Il est difficile de les appliquer plus longtemps d'une façon complète. Cependant, dans la suite, **la nourrice devra, après la tétée, laver soigneusement le mamelon à l'eau bouillie.**

Au moment du sevrage, pour éviter les infections intra-canaliculaires favorisées par la stase laiteuse, des lavages antiseptiques du mamelon seront faits régulièrement et le bout du sein sera isolé de la chemise par une couche d'ouate aseptique.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le professeur Grancher, de l'Académie de Médecine, vient de prendre la généreuse initiative de créer une **Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la tuberculose.**

Cette œuvre, à peine née, trouve auprès des médecins et du public l'accueil le plus enthousiaste. Il ne pouvait en être autrement, d'abord parce qu'elle comble une lacune de nos organisations d'assistance, ensuite parce que chacun comprend l'utilité de l'effort social qu'il s'agit d'accomplir pour arrêter l'extension d'un fléau qui tue chaque année plus de 150.000 Français.

Voici en quels termes son éminent fondateur expose le but qu'il veut poursuivre :

« Depuis bien longtemps je suis hanté de cette idée dominante du beau livre de Pasteur sur les maladies des vers à soie, *que pour sauver une race menacée par une maladie contagieuse, le mieux est de préserver la graine.*

» Si donc, une œuvre, laissant à d'autres le soin du malade, s'occupait de soustraire, pour le temps nécessaire, les enfants encore sains d'une famille tuberculeuse, au danger de la contagion, en envoyant ces enfants à la campagne, dans des familles saines, elle ferait, à coup sûr, beaucoup de bien. »

Les pupilles de l'Œuvre seront exclusivement des enfants *sains*, âgés de cinq à treize ans, non encore contagionnés, qu'il s'agira de soustraire au milieu tuberculeux

dans lequel ils seraient presque fatalement exposés à contracter le mal dont le père ou la mère ou les frères et sœurs sont atteints.

On les placera à la campagne, dans des familles de cultivateurs, sous la surveillance d'un médecin et sans rompre, comme le fait l'Assistance publique, le lien familial naturel. « Nous avons l'intention, dit le professeur GRANCHER, d'associer la famille naturelle à notre œuvre, en lui demandant une cotisation mensuelle, fût-elle de cinq francs, de deux francs (que l'œuvre avancera au besoin), afin que cette petite somme représente le droit de la famille *naturelle* sur la famille *adoptive*. En fait c'est une famille qui placera un ou plusieurs de ses enfants dans une autre famille, *en la payant*. Nous ne serons que l'intermédiaire généreux et vigilant entre les deux familles.

» J'espère qu'il se rencontrera des mères assez généreuses et assez riches pour nous envoyer autant d'enfants menacés de tuberculose qu'elles-mêmes ont d'enfants heureux et choyés.

» Si toutes nos familles riches comprenaient ainsi leur devoir de solidarité et payaient la rançon de santé de chacun de leurs enfants par le salut d'un enfant pauvre et menacé de contagion, quel bien ne ferions-nous pas ? La tuberculose serait à notre merci. »

L'Œuvre lilloise des dispensaires antituberculeux s'est empressée d'adhérer à ce programme qu'elle s'efforçait déjà de réaliser en partie, et elle se propose de constituer prochainement un groupe régional de l'*Œuvre de la Préservation de l'Enfance contre la tuberculose*, sous le haut patronage de l'Alliance d'hygiène sociale, présidée par M. Casimir Perrier.

Elle adresse dans ce but un chaleureux appel à tous les médecins de la région du Nord de la France, aux industriels et à toutes les personnes qui voudront bien lui apporter leur concours, soit sous forme de souscription, ou de don, soit sous forme d'adhésion morale.

NOTA. — Prière de vouloir bien adresser les lettres, souscriptions ou adhésions, au groupe régional de préservation de l'enfance contre la tuberculose, au Secrétariat du dispensaire antituberculeux Emile Roux, boulevard Louis XIV, Lille.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les 9 et 10 novembre ont eu lieu les épreuves du **Concours pour l'internat en pharmacie**, sous la présidence de M. le professeur-doyen COMBEMALE, administrateur des hospices, et devant un jury composé de MM. le docteur GÉRARD (E.), professeur de pharmacie à la Faculté, THIBAUT et LECLAIR, pharmaciens des hôpitaux, LAMBERT, docteur en pharmacie.

L'épreuve écrite a porté sur *Les ferments solubles employés en thérapeutique, pepsine, diastase, papaïne et pancréatine* ; l'épreuve orale sur *l'éther et les teintures éthérées* ; l'épreuve pratique et la reconnaissance des plantes a eu lieu suivant les conditions portées sur l'affiche.

Seize candidats étaient inscrits ; onze ont mené le concours jusqu'au bout. Le jury a présenté et l'administration des hospices a nommé internes titulaires MM. LEFEBVRE, DELAMOTTE, VAELENS, WANLIN et VERRUE ; internes provisoires MM. LEBLOND, FOURNIER, GORLIER.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P.-R. DE CASTERAS, de Saint-Amand (Cher), a soutenu avec succès, le vendredi 13 novembre 1893, sa thèse de doctorat (7e série, n° 1), intitulée **Contribution à l'étude de la gastrotomie**.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Clermont. — M. le docteur BRUYANT, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

Grenoble. — Un congé pour l'année scolaire est accordé sur sa demande à M. le docteur BERLIOZ, professeur de bactériologie théorique et pratique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

M. le docteur LÉPINE, chef des travaux de physiologie, est chargé d'un cours de bactériologie pendant l'année scolaire.

Reims. — M. le docteur BAGNÉRIS, suppléant de la chaire de physique est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

M. MOREAU-BÉRILLON est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine de Reims et chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Distinctions Honorifiques

Sont nommés **Officiers d'académie** MM. les docteurs BOCCARD, de Jujurieux (Ain) ; MOUCHETTE et DOURY, de Paris ; GOREAU, de Valenciennes (Nord) ; STUDER, de Vernon (Eure) ; DUVILLE et PINEAU, médecins-majors des troupes coloniales à Hanoï.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs MOYNIER, de Paris ; BRUN, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 358. Septième Année. N° 47. Le Numéro : **10** centimes 22 Novembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Statistique portant sur 100 cas consécutifs de tubage pour croup dans la clientèle privée

Par le docteur **F. Castelain**
Ex-chargé du cours de clinique complémentaire,
de clinique médicale infantile, près de la Faculté de médecine de Lille.

Quand une opération surgit, on est en général un peu trop enclin à n'en voir que les beaux côtés, à l'exclusion des avantages que peuvent présenter les interventions antérieures, ou bien encore on se hâte de formuler à l'égard de la nouvelle venue des règles, que l'expérience ultérieure ne ratifie pas toujours. C'est ce qui est arrivé pour le tubage ; et à son retour de Buda-Pesth, où il était allé faire son éclatante communication sur le sérum anti-diphtérique, quand Roux, s'inspirant de ce qu'il avait vu en Allemagne, eut engagé à essayer le tubage, à croire les médecins qui répondirent à son appel, pour les uns la trachéotomie avait vécu, pour d'autres, tout en proclamant la valeur réelle du tubage, l'impossibilité d'abandonner sans surveillance un enfant, auquel on venait de faire l'intubation, devait faire renoncer en ville à une opération, qui à l'hôpital était l'intervention de choix.

Examinons ces deux aphorismes.

1° *La trachéotomie a-t-elle vécu ?*

Les médecins qui, je ne sais trop pourquoi, étaient pendant trente-sept ans restés sourds à toutes les exhortations de BOUCHUT, se laissèrent tout-à-coup convaincre, et le revirement qui se produisit en faveur du tubage fut tel, qu'aujourd'hui il y a très peu de chirurgiens, qui se résoudraient, à moins de raisons toutes spéciales, à ouvrir la trachée avant d'avoir essayé de mettre un tube dans le larynx. En novembre et décembre 1894 et pendant les premiers mois de 1895, dans le pavillon de la diphtérie, que je dirigeais alors, j'ai pratiqué tantôt l'opération de BRETONNEAU, tantôt celle de BOUCHUT ; mais à partir de cette époque je n'ai plus fait que du tubage ; une fois, il y a trois ans, j'eus recours à l'ouverture de la trachée, mais c'était chez un enfant dont les mucosités trachéales très abondantes ne parvenaient que bien difficilement à être expulsées à travers le tube, que j'avais placé dans le larynx (n° 68 de la statistique). Depuis le mois de juillet 1895, j'ai tenu un compte exact au moins des tubages, que j'ai pratiqués en dehors de l'hôpital pour des sténoses laryngées d'origine inflammatoire ; et sur 100 cas consécutifs j'ai obtenu 69 succès, tandis

que sur un chiffre égal de trachéotomies faites dans des circonstances semblables nous n'avons eu à enregistrer que 40 guérisons. Ces chiffres montrent non-seulement la possibilité du tubage, et même aussi les avantages de cette opération sur la trachéotomie, toutefois ce serait une erreur de croire, que l'écart entre ces deux chiffres (69 et 40) représente exactement au point de vue des résultats la différence, qui existe entre les deux méthodes, car le sérum et l'intubation étant entrés en même temps dans la pratique, seuls les enfants tubés ont bénéficié de l'action du sérum : il y a là une défalcation qu'il serait intéressant de faire.

Si les chiffres énoncés plus haut ne peuvent pas indiquer la valeur relative de la trachéotomie et du tubage dans le croup (puisque ces deux opérations n'ont pas été faites dans des conditions identiques), ces chiffres pris séparément fournissent-ils au moins une idée exacte de ce que l'on peut obtenir au moyen de chacune de ces interventions dans les laryngites diphtéritiques, même en tenant compte de la façon différente dont chacune d'elles a été entreprise ? A mon grand regret je me vois forcé encore ici de répondre par la négative. Il suffit en effet de jeter les yeux sur la statistique publiée plus loin, qui a trait au tubage, pour voir que ce tableau renferme non-seulement des cas où le microscope a décelé des bacilles de Lœffler, mais encore des laryngites suffocantes à streptocoques, à pneumocoques et à staphylocoques, et à plus forte raison le relevé antérieur sur la trachéotomie (1895), doit à cet égard être tenu pour suspect, puisqu'avant 1895 l'examen bactériologique des concrétions et des mucosités provenant du pharynx ou du larynx ne se pratiquait pas. Ainsi donc, tant au point de vue de la valeur comparative de la trachéotomie et du tubage dans le croup, que sur la question de la valeur réelle de ces deux méthodes dans la diphtérie laryngée, les chiffres que j'ai fait connaître, tout en fournissant des renseignements intéressants sur ces deux points, ne peuvent être regardés que comme des données approximatives.

D'autres relevés peuvent-ils nous permettre d'établir la valeur relative des deux opérations, qui dans le croup se sont disputé la faveur des médecins ? D'après un travail de Bonain, qui englobe des statistiques recueillies dans différents pays, les cas de croup traités par le sérum et la trachéotomie donnent une mortalité de 43 %, alors qu'avec la sérothérapie et le tubage les décès ne figuraient plus que pour 30 %. Je me permettrai de faire observer que la statistique de Bonain, telle qu'elle est constituée, doit réunir des faits fort dissemblables (ce qui est toujours fâcheux quand on veut établir des statistiques) et puis on est en droit de se demander s'il s'agit bien toujours de diphtérie véritable (bacilles de Lœffler). D'un autre côté, en 1894, au moment où le sérum a été employé en France, on recourut dans les hôpitaux de Paris tantôt à la trachéotomie, tantôt au tubage, et tandis que avec la trachéotomie Lebreton et Madeleine avaient une mortalité de 37 % et Sevestre de 38 %, à la même époque avec le tubage les premiers observateurs ne perdaient plus que 27,54 % de leurs opérés, et Sevestre 22 %. Certes ces dernières observations, avec examen bactériologique, offrent des garanties scientifiques réelles, mais sont-elles assez nombreuses pour permettre de trancher définitivement une question aussi importante que celle de la valeur relative de la trachéotomie et du tubage dans le croup ? Tous les relevés qui ont été publiés tendent, il est vrai, vers la même conclusion, ils démontrent incontestablement la supériorité du tubage sur la trachéotomie, mais ce qu'ils ne permettent pas c'est de chiffrer de combien la première de ces opérations l'emporte sur la seconde.

Pour établir un parallèle exact et réellement scientifique entre l'ouverture de la trachée et l'intubation dans la laryngite diphtéritique, il faudrait prendre autant que possible dans une même épidémie, 200 enfants tous reconnus diphtéritiques : dans une première série de 100, sur les cinquante premiers malades, tout en cherchant à soutenir le plus possible les forces de l'organisme, se borner par des attouchements à détacher les fausses membranes, et en cas d'asphyxie recourir à la trachéotomie, ensuite sur les cinquante suivants, s'il y a lieu d'intervenir, placer un tube dans le larynx. Les résultats ainsi obtenus ne permettraient pas seulement de démontrer qu'elle est la meilleure des deux interventions dans le croup vrai, mais aussi de voir combien celle-ci est supérieure à l'autre. Puis dans une seconde série également de 100 cas, ne comprenant aussi bien entendu que des enfants reconnus indéniablement diphtéritiques et chez lesquels le sérum aurait été aussi employé, recourir s'il le faut sur la première moitié des petits malades à l'ouverture de la trachée et sur l'autre à l'intubation ; on pourrait alors, en comparant ces résultats entre eux, voir d'abord de combien le sérum a

abaissé la mortalité de la diphtérie laryngée avec suffocation suivant que l'on a recours à telle ou telle intervention, et apprécier la valeur comparative de la trachéotomie et du tubage chez les enfants atteints de croup véritable. Mais comme d'un côté on se résoudra difficilement à priver les petits malades des avantages du sérum, et que, d'autre part, si on doit intervenir chirurgicalement, on ne choisira pas de gaîté de cœur pour rétablir le passage de l'air, celle des deux opérations, qui est la plus grave, cette comparaison inattaquable entre la valeur de la trachéotomie et du tubage dans le croup, on ne pourra pas vraisemblablement la connaître.

Je vais commencer une nouvelle série d'où seront éliminées toutes les observations de croup, dans lesquelles l'examen bactériologique n'aura pas décelé la présence du bacille de Lœffler, et si mes collègues m'accordent encore leur confiance, j'espère bien un jour pouvoir produire une statistique, qui indiquera ce que l'on est en droit d'espérer, du moins dans notre région, avec le sérum et le tubage dans la diphtérie laryngée, puisque ce tableau ne comprendra que les cas de croup relevant scientifiquement de cette affection.

S'il est difficile encore aujourd'hui, pour des raisons multiples (conditions différentes dans lesquelles ces opérations ont été faites, absence d'examen microscopique ou recherches bactériologiques, pas de sérothérapie ou emploi de sérum antidiphtérique, etc...), de fixer d'une façon indiscutable la valeur comparative de la trachéotomie et du tubage dans le croup, il est au moins admis par tout le monde que, d'une façon générale, le tubage est moins difficile et moins dangereux que la trachéotomie, en conséquence on a eu grandement raison de se rallier définitivement à l'opération inventée par Bouchut. Mais était-il bien nécessaire, pour proclamer toute la valeur du tubage, de rejeter à tout jamais la trachéotomie ? En face d'un enfant à demi asphyxié dont les réflexes sont abolis, osera-t-on entreprendre le tubage ? Quelle ressource restera-t-il au praticien, si le tube ne peut être introduit dans le larynx, ou si malgré toutes les précautions mises en œuvre le tube est invariablement rejeté ? Lorsque les fausses membranes sont trop abondantes, ou bien encore lorsque les mucosités trachéales ne peuvent pas se frayer un chemin à travers la lumière du tube, assistera-t-on en simple spectateur aux efforts répétés, que fait l'enfant pour se débarrasser de ces productions, qui l'étouffent ? Enfin, si le détubage maintes fois tenté est toujours suivi de la réapparition des phénomènes asphyxiques, faudra-t-il ne rien tenter d'autre pour débarrasser le petit malade du tube, qui pourra à la longue produire des lésions laryngées ? Pour ma part je ne saurais regarder comme finie une opération qui, dans certains cas (assez peu nombreux il est vrai), s'impose primitivement, et qui devient par la suite une suprême ressource, quand le tubage n'a pas donné ce que l'on attendait. Aussi combien on aurait été mieux inspiré en disant : « *Au tubage appartient la place prépondérante qu'avait autrefois la trachéotomie et l'ouverture de la trachée ne doit plus être réservée qu'à certains cas bien précis.* »

2° *Tubage à l'hôpital, trachéotomie en ville.* — Les principaux reproches faits au tubage dans la clientèle privée sont l'obstruction du tube et son rejet.

Obstruction du tube. — L'obstruction du tube est incontestablement moins fréquente qu'on aurait pu le supposer à priori, et soit à cause de la violence de la colonne d'air expiré, soit par suite de la direction rectiligne du tube, ou bien encore de sa situation par rapport à l'axe de la trachée, on est parfois étonné de la dimension des fausses membranes, qui parviennent à être rejetées ; toutes ces conditions jointes au ramollissement des fausses membranes par le sérum font que l'obstruction brusque, complète, capable d'amener l'asphyxie, est rare. Bayeux estime que cet accident se produit une fois sur 100, d'autres médecins croient qu'on peut l'observer six fois sur le même nombre ; pour ma part, sur les 100 observations (dont j'ai dressé plus loin le tableau) et qui, comme je l'ai déjà fait remarquer, ont été recueillies dans la pratique extra-hospitalière, je ne l'ai pas constaté une seule fois.

Je ne fais allusion ici qu'à l'obstruction qui survient au bout d'un certain temps ; il se produit aussi parfois de l'obstruction au moment même de l'intervention, quand l'extrémité du tube vient à refouler les fausses membranes, qui tapissent le larynx et la trachée, mais cette obstruction porte alors un nom spécial, celui de bourrage. Les accidents éprouvés par le petit malade sont, comme dans les cas d'obstruction du tube par une fausse membrane, une gêne profonde de l'hématose, mais le chirurgien étant encore près de l'enfant, les conséquences ne sont pas les mêmes. Le 3 juillet 1899, en procédant à une intubation, bien que le tube fût convenablement installé dans le larynx, au

lieu de constater le soulagement que l'on voit habituellement, la gêne respiratoire persista, s'accrut même, je retirai l'appareil et immédiatement l'enfant rejeta une fausse membrane fort épaisse, longue de six centimètres environ et qui reproduisait la forme de la trachée. Le soulagement cette fois fut immédiat et peut-être même, si l'enfant avait résidé à Lille, aurais-je été tenté de ne pas remettre le tube, mais la petite malade habitait au Marais de Lomme, c'est-à-dire à cinq ou six kilomètres de chez moi, je procédai à une nouvelle intubation. Cette malade a guéri (n° 49 de la statistique). Les accidents que je viens de signaler se montrèrent aussi le 13 décembre 1900 chez une petite fille de sept ans, que je tubais également pour une laryngite diphtéritique ; je retirai l'appareil et, après quelques efforts de toux l'enfant rejeta une énorme fausse membrane. Cette expulsion fut suivie d'une accalmie très marquée; comme cette fois la petite malade demeurait près de chez moi, je ne replaçai pas le tube ; l'appareil ne fut remis que trois heures après, par suite de la réapparition de la gêne respiratoire. J'eus également le bonheur de voir guérir cette petite opérée (n° 72 de la statistique).

Il m'a été donné encore d'assister une troisième fois à un bourrage. Le 20 novembre 1901 je faisais une nouvelle intubation chez un enfant, que j'avais tubé pour la première fois quelques jours auparavant (le 18), et comme la gêne respiratoire, loin de diminuer, devenait plus intense, je retirai l'appareil, l'enfant rejeta une fausse membrane assez volumineuse et l'anxiété respiratoire n'ayant pas reparu, je ne replaçai pas le tube ; ce ne fut que vers quatre heures, en présence de la réapparition des accidents asphyxiques, que je remis l'appareil. Le petit malade n'a pas survécu (n° 90 de la statistique), mais comme il a succombé vraisemblablement à une parésie du cœur, survenue quarante-huit heures après le retrait définitif du tube, cet incident n'a été pour rien dans le dénouement fatal.

Rejet du tube. — Une fois que le tube est bien en place, et qu'il a résisté à la première révolte du larynx, il y a d'assez grandes chances pour qu'il s'y maintienne; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Une des causes d'expulsion de l'appareil peut être d'abord l'oblitération ; si une fausse membrane vient à boucher la lumière du tube, l'enfant fait des efforts désespérés d'expiration pour chasser la concrétion, et si la fausse membrane n'est pas rejetée, il finit parfois par se débarrasser du tube et du contenu ; cette expulsion, qui peut avoir il est vrai ultérieurement des conséquences fâcheuses, a au moins l'avantage d'écarter l'asphyxie immédiate. Le rejet du tube tient le plus souvent au petit volume ou à l'adaptation défectueuse de l'appareil, soit à la diminution de volume des tissus consécutive à la rétrocession de l'inflammation, soit encore dans les croups très membraneux à la disparition des fausses membranes ; la paralysie des muscles constricteurs de la glotte peut avoir aussi la même conséquence.

Le rejet du tube est bien le reproche le plus grave que l'on puisse formuler contre le tubage fait sans surveillance ; toutefois il est difficile d'en établir le pourcentage. En effet si le rejet du tube est souvent le résultat de causes multiples indépendantes de la manière dont l'intervention a été faite, il est aussi parfois imputable aux règles, que tel ou tel opérateur aura adoptées. Tout ce que l'on peut dire, c'est que d'une façon générale le rejet du tube est bien plus fréquent que son oblitération.

A côté de l'oblitération du tube et de son rejet il y a encore un accident, qui peut revêtir surtout chez les malades laissés sans surveillance une gravité assez grande, je veux parler de ces accès de suffocation, apparaissant parfois chez les enfants, qui sont dans les meilleures conditions et qui pourraient devenir mortels, si on n'arrivait à temps pour agir. Au moment où l'enfant boit, ou même en dehors de cet acte fonctionnel, si quelques gouttes de liquide (sang, mucosités), viennent à s'engager sous l'épiglotte et à gagner le vestibule, par suite de l'excitabilité des filets sensitifs du pneumogastrique de cette région, les rameaux moteurs entrent en action, amènent la fermeture de la glotte, ainsi que le tétanisation des muscles expirateurs, de là trouble profond de l'hématose pouvant, surtout chez les individus intoxiqués, entraîner un dénouement fatal. Des accidents de cette nature se sont produits sur deux de mes malades, chez l'un immédiatement après avoir pris d'un peu de liquide, chez le second au moment où en se réveillant, il venait de rejeter quelques crachats de sang. Les deux enfants ont été sauvés, le premier parce que résidant près de chez moi, je pus accourir de suite, le second parce que le père, à qui j'avais donné des instructions, retira le tube en tirant sur la ficelle, mais il n'est pas douteux qu'ils ont l'un et l'autre couru

un réel danger ; j'aurais du reste l'occasion de revenir sur ces faits en abordant la question du retrait ou de la conservation du fil.

Les médecins, qui se sont prononcés pour le tubage en ville, ont cherché à diminuer les dangers auxquels est exposé le petit opéré laissé sans surveillance, et répondant au plus grave reproche formulé contre le tubage, le rejet du tube, disent que dans ces cas la gêne respiratoire ne reparait que de quatre à seize heures après l'expulsion du tube, de sorte que l'enfant se trouverait dans la situation du croupeux passible de la trachéotomie ou du tubage à l'heure, qui précède l'intervention. Je ne saurais me ranger à cette manière de voir. Si la gêne respiratoire dépendait seulement d'un obstacle mécanique, on pourrait peut être admettre pour le rejet survenant le deuxième ou le troisième jour, au moment où les fausses membranes sont en régression, on pourrait admettre que les phénomènes asphyxiques ne reparaîtrait qu'au bout d'un certain temps, mais malheureusement la sténose laryngée n'est pas l'unique cause de la gêne respiratoire après l'expulsion du tube. Le spasme joue un rôle considérable dans l'apparition des phénomènes asphyxiques, et tout en accordant que la présence du tube dans le larynx soit plutôt de nature à vaincre cette contraction spasmodique qu'à l'augmenter, que le spasme soit dû à un état morbide du larynx ou à une autre cause peut-être difficile à préciser, il peut se montrer impérieux même très rapidement.

Au commencement de juillet 1898, je procédais au retrait d'un tube, que j'avais placé avec M. le Docteur Vanheuverswyn deux ou trois jours auparavant chez un enfant de seize mois, atteint de laryngite croupale ; je n'avais pas retiré l'appareil depuis plus d'une minute, qu'une oppression formidable se manifesta et que je n'eus juste que le temps de procéder à une nouvelle intubation. Si, au lieu d'avoir été retiré, le tube avait été expulsé, il est très possible que les mêmes phénomènes seraient apparus, et vraisemblablement l'enfant serait mort avant qu'on ait eu le temps matériel de chercher un médecin pour entreprendre une nouvelle intervention. Quarante-huit heures après cette alerte, je retirai de nouveau le tube et comme la gêne respiratoire ne reparut plus, il est vraisemblable que les phénomènes asphyxiques effrayants, auxquels j'avais assisté, n'étaient pas dus à une lésion proprement dite du larynx, mais seulement à une contraction d'origine nerveuse. Et si ces réserves doivent être faites quand il s'agit de rejet se produisant le deuxième ou le troisième jour, elles doivent être encore bien plus grandes si l'expulsion a lieu plutôt, alors que le tube n'est pas resté assez longtemps en place pour modifier l'état du larynx. Je suis loin de dire que le rejet de l'appareil dans les premiers jours doit être suivi à courte échéance du retour des phénomènes asphyxiques, je dis seulement que personne n'est autorisé à affirmer que la gêne respiratoire ne se reproduira qu'à tel ou tel moment. Des accidents asphyxiques peuvent aussi se montrer par un mécanisme un peu différent, quand le rejet du tube a lieu tardivement. Que l'expulsion du tube arrive par exemple chez un enfant profondément infecté, les muscles dilatateurs de la glotte pourront bien ne plus fonctionner et l'oppression venir à reparaître ; que le rejet du tube se produise chez un enfant devenu tubard, le spasme, qui survient alors par pure appréhension ou consécutivement à une altération laryngée, peut être également suivi de la réapparition de phénomènes asphyxiques susceptibles d'entraîner rapidement la mort. On aura beau choisir un tube aussi gros que possible, enduire l'intérieur de l'appareil d'huile mentholée, faire plusieurs et plusieurs injections de liquide anti-diphtérique, placer le petit malade dans une atmosphère humide, il faut savoir que le tube peut venir à s'oblitérer ; de même alors qu'on se serait entouré de toutes les précautions imaginables (choix d'un tube en rapport non avec l'âge de l'enfant, mais plutôt avec le volume réel du larynx, alimentation aussi restreinte que possible pour éviter les mouvements de déglutition et les accès de toux, qui nuisent à la stabilité de l'appareil), le tube peut venir à se déplacer et amener rapidement soit au début (sténose laryngée vraie, spasme), soit plus tard (paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, impossibilité de se passer de l'appareil), un trouble très profond de l'hématose. Et quant aux accès de suffocation, qui sont dus à la pénétration de corps étrangers dans le larynx, si on peut à la rigueur par une alimentation exclusivement rectale éviter les accidents, qui surviennent au moment de l'ingestion des boissons, comment empêcher, comme dans l'observation n° 99, du sang d'arriver jusque dans le larynx ? Il ne faudrait pas croire qu'en revoyant l'enfant deux ou trois fois par jour, ou bien encore en se tenant presque constamment à la disposition du malade, on pourra sûrement parer aux accidents

que je viens de signaler, le retour des phénomènes asphyxiques, auxquels ils peuvent donner lieu, est parfois si rapide que toute la sollicitude du médecin peut être déjouée (1). On a voulu comparer un peu le rôle du médecin relativement à l'intubé à la position de l'accoucheur vis-à-vis d'une femme en travail ; je ne disconviens pas que tous deux peuvent avoir besoin de secours, mais s'il arrive à l'accoucheur d'être en retard, il trouvera l'enfant venu au monde, tandis que dans le cas présent, si l'opérateur se fait attendre l'enfant pourra bien avoir succombé avant son arrivée. La vérité est que l'enfant tubé laissé sans surveillance court un certain danger ; le tube peut s'oblitérer, il peut être rejeté en dehors, même de l'oblitération et du rejet du tube des accidents asphyxiques graves peuvent se produire, mais comme en ville, il est dans bien des cas impossible d'installer près du petit malade une personne susceptible de remédier à tous ces accidents et comme, d'autre part, si on ne fait pas le tubage, on est fatalement amené à ouvrir la trachée, il faut examiner si l'enfant tubé dans les conditions particulières que je viens d'indiquer, court plus de dangers que le malade auquel on pratique la trachéotomie.

C'est du reste à la famille, après avoir été mise au courant de toutes les conséquences qui peuvent survenir, quel que soit le parti adopté, de décider, ou de faire pratiquer à l'enfant une intervention en général peu grave par elle-même, mais susceptible parfois d'entraîner des accidents, ou bien d'autoriser une opération, donnant par la suite plus de sécurité, mais qui, de l'avis de tous, comporte avec elle un danger réel et immédiat. Il ne faudrait toutefois pas croire que je veux laisser le choix aux parents pour éviter une responsabilité ; si la famille, ne sachant quelle résolution prendre, me demande de décider moi-même, c'est le tubage que je conseille, car j'estime que les dangers que l'on fait courir à l'enfant avec le tubage, même dans ces conditions défavorables, sont moins grands que seuls les accidents immédiats, auxquels on l'expose en lui ouvrant la trachée. Entre deux maux il faut choisir le moindre ; c'est le cas où jamais de dire : « *Fais ce que dois, advienne que pourra.* »

La question du retrait ou de la conservation du fil mérite de nous arrêter quelques instants ; la plupart des chirurgiens conseillent d'enlever le fil, pour ma part je préfère le laisser. On a reproché au fil de gêner la déglutition, d'être pour l'épiglotte et le pharynx une cause d'inflammation, de faciliter l'arrivée des germes infectieux dans l'arbre respiratoire, enfin en permettant aux matières alimentaires de pénétrer jusque dans les poumons, de donner lieu à des pneumonies. J'ai déjà répondu dans une autre brochure à ces différents reproches (1) et plus j'observe, plus je les trouve exagérés. Je n'ai pas la prétention d'avoir tout vu ce qui peut survenir, mais sur 100 observations j'aurais bien dû rencontrer certains de ces méfaits s'ils étaient fréquents, et cela ne m'est pas arrivé. Tous mes petits malades se sont très bien habitués au fil, je n'ai jamais constaté d'inflammation des voies respiratoires supérieures et si, sur les 31 enfants que j'ai perdus, j'ai constaté 4 ou 5 fois des congestions pulmonaires ou même de véritables pneumonies, ces manifestations, apparues chez de très jeunes enfants ou chez des malades profondément infectés, se sont développées sous l'influence de la maladie générale : du reste j'ai déjà dit que deux de ces petits opérés sont guéris.

Ce qui m'engage à laisser le fil ce n'est pas la crainte de voir le tube tomber dans l'œsophage s'il vient à se déplacer, c'est, j'ose le proclamer hautement, que le détubage avec l'extracteur est beaucoup plus délicat et beaucoup plus dangereux que le tubage. Le bec acéré de l'extracteur est bien plus susceptible d'amener des lésions laryngées que l'extrémité arrondie du mandrin et, d'autre part, si je me consolerais de voir succomber un petit malade au moment où j'essayerais d'introduire un tube dans le larynx, parce que cette intervention est de toute nécessité, je serais beaucoup plus désolé de voir mourir l'enfant pendant les tâtonnements d'une extraction, que j'aurais pu lui éviter. Du reste, en conseillant de laisser le fil je me trouve en bonne compagnie, car Bokai, dont le nom fait absolument autorité dans la science en cette matière et qui a adopté le tubage bien avant qu'on se soit en France rallié à cette opération, m'a écrit il y a quelques années (1900) qu'il conservait l'amarre. Je sais bien qu'en employant les tubes courts, on peut, comme le recommande Bayeux, extraire le plus souvent l'appareil sans instrument,

(1) Quel est du reste le médecin, qui pourra s'astreindre à fixer invariablement son itinéraire? Quel est le praticien, dans les multiples occupations qui lui incombent, qui oserait répondre qu'il lui sera toujours possible de se rendre à toute réquisition auprès de son malade?

(1) *Du tubage en clientèle privée sans surveillance permanente*, 1899, page 13.

rien que par la pression du pouce, mais alors même qu'on adopterait la modification apportée par Escat à ce procédé, est-on bien sûr chaque fois de provoquer l'expulsion du tube ? Et si pour une raison ou pour une autre on a recours à un tube long, quoique possible encore ce mode d'extraction est moins certain. Quand un croup est très membraneux et qu'on a lieu de craindre que la partie supérieure de la trachée ne soit pas tapissée de concrétions, n'est-il pas plus indiqué d'employer les tubes longs ? L'extrémité de l'instrument dépassant alors le point où les fausses membranes sont le plus abondantes, n'y a-t-il pas plus de chances pour qu'elles ne viennent pas oblitérer la lumière du tube ?

Le 9 décembre 1901, j'avais tubé avec M. le Dr Chotin une petite fille de sept ans atteinte de laryngite diphtéritique et tout allait aussi bien que possible, quand on vint me chercher en toute hâte. Comme je sortais et que la petite malade demeurait très près, en quelques minutes j'étais près d'elle et à mon arrivée dans la maison, la mère me dit qu'il était trop tard, que l'enfant était morte. Je gravis toutefois l'étage, je me précipite sur ma petite opérée, je la soufflette vigoureusement dans l'espoir de ranimer les réflexes; à toute occurrence, dans la crainte que l'appareil ne fonctionnât pas bien, je retire le tube en tirant sur la ficelle et (quoique le tube ne fût nullement encombré par des fausses membranes ou par des concrétions d'aucune sorte,) j'ai le très grand bonheur de ramener à la vie cette enfant, que tout le monde croyait morte : cette scène, que je n'oublierai jamais, n'avait pas duré une demi-minute. Voici ce qui s'était passé ; l'enfant avait demandé à boire, en avalant, quelques gouttes de liquide avaient pénétré jusque dans le larynx, et il était survenu un trouble tellement profond de la respiration, que la mort paraissait certaine. Si j'avais dû placer l'ouvre-bouche et chercher à retirer le tube avec l'extracteur, je n'y serais certainement pas arrivé avant que la mort n'ait fait son œuvre et il est vraisemblable, si j'avais voulu faire l'extraction avec le pouce (en admettant que j'eusse réussi du premier coup), que la pression exercée sur la trachée pour chasser le tube, eut été suffisante pour faire disparaître à tout jamais les derniers souffles d'existence. Il ne faut pas perdre de vue qu'il y a des enfants dont l'existence est si compromise, qu'il faut un rien pour entraîner les plus graves conséquences, et que le moindre ébranlement peut les faire passer de vie à trépas.

Le samedi 4 mars 1903, j'avais été amené à tuber à Wambrechies, c'est-à-dire à huit kilomètres de Lille, un jeune enfant traité par M. le docteur Delespierre pour une diphtérie laryngée ; la journée du samedi ne présenta rien de particulier ; la nuit suivante s'était assez bien passée, lorsque le dimanche, vers 7 heures du soir, l'enfant, en se réveillant se mit à tousser, rejeta quelques crachats de sang et s'asphyxia. Heureusement j'avais donné au père des instructions et je lui avais recommandé, si une gêne respiratoire venait à se produire progressivement d'aller chercher mon confrère, mais si l'enfant s'asphyxiait très rapidement, en cas de danger, mais seulement de danger imminent, de tirer sur la ficelle pour extraire le tube. En face des phénomènes graves présentés par le petit malade, le père se conforma à mes prescriptions et retira le tube en faisant quelques tractions sur la ficelle ; la gêne respiratoire se calma et l'enfant guérit sans qu'il fût nécessaire de recourir à une nouvelle intubation. Les phénomènes alarmants avaient marché avec une telle rapidité que M. Delespierre, qui résidait dans la localité à cinq cents mètres environ du petit malade, n'aurait pas pu arriver à temps pour décider ce qu'il y aurait eu à faire (1).

Si ces faits s'étaient passés dans un hôpital, où il y a un interne spécial constamment attaché au pavillon, cet élève, grâce à la dextérité que l'on acquiert quand on est toujours aux prises avec les difficultés d'une opération, aurait pu, par un détubage habile, procéder vraisemblablement du premier coup à l'extraction du tube et sauver l'enfant, mais il n'en est pas moins vrai, que si je n'avais pas laissé la ficelle, ces deux jeunes malades seraient très problablement morts.

On peut donc conclure que dans les grands hôpitaux où les meilleures conditions se trouvent réunies on peut enlever le fil ; mais quand on opère en ville et surtout à la campagne, où les secours médicaux sont beaucoup plus difficiles à se procurer, lorsqu'ils ne sont même pas complètement illusoires, je suis partisan de laisser la ficelle, car j'estime que cette amarre peut dans certains cas rendre de grands ser-

(1) Je comprends le reproche que l'on peut adresser à cette manière de faire et si certains parents ne recourront à cette manœuvre qu'à la dernière extrémité, d'autres pourront aussi dans un moment d'affollement tirer sur la ficelle, dès que la respiration sera un peu gênée; c'es au médecin traitant de chercher à montrer aux parents du petit malade l'importance du rôle qui leur incombe. Je ferai remarquer du reste que je ne considère que comme un pis aller de laisser sans surveillance un enfant tubé, ce qui m'a engagé à agir ainsi, c'est l'impossibilité matérielle de pouvoir installer près de l'enfant un aide compétent ou bien alors l'obligation de recourir à l'ouverture de la trachée.

vices et que ses inconvénients, à part certains cas tout à fait exceptionnels, paraissent plutôt théoriques que réels (1).

Nous pourrions donc dire comme conclusions : 1° Le tubage est aujourd'hui universellement accepté ; c'est même à cette opération, dans les cas de croup avec asphyxie, qu'il faut, à moins de contre-indications spéciales, recourir de préférence. Mais si la trachéotomie primitive ne se fait plus que dans des cas très rares, cette opération, lorsque le tubage ne réussit pas, constitue une suprême ressource, qu'on aurait grand tort de dédaigner.

2° Le tubage peut être exécuté dans la clientèle privée sans surveillance (quand, bien entendu, il est impossible de l'établir), car les accidents qui peuvent il est vrai survenir, sont largement compensés par les dangers moins grands que fait courir à l'enfant cette opération, comparativement à ceux que comporte toute trachéotomie.

3° Dans les milieux hospitaliers, où les opérés sont soumis à une surveillance étroite et efficace, ou bien encore en ville quand il est possible de placer près du petit malade un aide rompu à la pratique du tubage, le fil peut être retiré, mais j'estime dans la clientèle privée, si l'enfant doit être abandonné à la seule garde des parents, qu'il est de beaucoup préférable de laisser l'amarre. *(A suivre).*

Appendicites vermineuses

Par les docteurs **René Le Fort** et **Davrinche** (2).

Au mois d'août 1902, j'ai eu l'occasion d'enlever un appendice chez un malade atteint d'une occlusion intestinale par coudure de l'iléon. et dans cet appendice, de trouver un ver tricocéphale vivant. Depuis quelque temps déjà, mon attention avait été attirée sur la présence des vers dans l'appendice, par les communications nombreuses faites sur ce sujet à la Société de Chirurgie et ailleurs, et j'examinais systématiquement à ce point de vue tous les appendices enlevés, sains ou malades. Je ne saurais fixer exactement le nombre des appendices déjà examinés de la sorte, quand j'ai pour la première fois trouvé un tricocéphale, mais j'ai noté depuis cette époque le nombre d'appendices enlevés et examinés. En treize mois (1), j'ai enlevé dix autres appendices. Cinq de ceux-ci étaient malades ; quatre provenaient d'opérations faites à froid, le cinquième d'une opération faite à chaud pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Les cinq autres appendices avaient été enlevés au cours d'opérations diverses, soit : une cholécystostomie, une hernie inguinale, une péritonite d'origine puerpérale, un fibrome utérin, enfin, un appendice douteux a été enlevé chez un malade qui présentait, dans le flanc droit, un magma d'anses intestinales accolées. Il ne s'agissait pas d'une appendicite chronique comme on put le croire un instant, mais d'un cancer du côlon. Dans un de ces derniers faits, j'ai encore rencontré un tricocéphale vivant dans un appendice. Il s'agissait d'un malade atteint de cholécystite calculeuse prise pour une appendicite, dont l'observation détaillée a été publiée ici même tout récemment. Ces faits proviennent du service de clinique chirurgicale de M. le professeur Folet. D'autres appendicectomies faites dans le service pendant la même période, ont livré des appendices exempts de tout nématode.

En réalité, j'ai examiné au point de vue de la présence des vers, plus de vingt appendices, tant malades que sains, et c'est deux fois seulement, une fois dans un appendice sain et une fois dans un appendice ayant subi une atteinte antérieurement que j'ai eu l'occasion de rencontrer des tricocéphales.

Les chiffres sont bien peu élevés pour tirer des conclusions ; tels qu'ils sont, ils ne tendent pas à faire attribuer au tricocéphale un rôle bien considérable dans la pathogénie de l'appendicite.

Je voudrais en terminant ajouter une simple remarque au nombre relativement peu élevé d'appendices extirpés pendant cette période. Ce nombre est peu élevé pour deux raisons : 1° un certain nombre d'appendicites ont été traitées médicalement, sans que du reste, nous ayons eu à regretter l'abstention chez les malades ainsi soignés ; 2° au cours des opérations d'appendicites aiguës avec abcès circonscrit, forme qui est, en somme, la plus fréquente, nous avions pour habitude de ne réséquer l'appendice que s'il se présentait. Il semble que nous devrions dans ces conditions avoir un nombre plus élevé d'appendicites

(1) Bonain, dans son *Traité sur l'intubation du larynx chez les enfants* parle de plusieurs cas dans lesquels, après la section du fil par les dents, l'extrémité de l'anse adhérente au tube a été aspirée et est venue oblitérer la lumière de l'appareil. Je ne mets nullement en doute la réalité de ces faits (puisqu'ils ont été observés par des personnes dignes de croyance), mais à voir le volume des fausses membranes trachéales, qui sont parfois rejetées à travers le tube, on se demande comment la colonne d'air expiré, susceptible de laminer ainsi de telles fausses membranes, ne soit pas capable de chasser le fil, alors même qu'il serait pelotonné et agglutiné par des sécrétions.

Si je rapproche maintenant ma statistique de celle d'autres observateurs, qui eux laissent le fil, ma statistique peut supporter la comparaison : M. le docteur Carrière, qui est actuellement à la tête du pavillon de l'hôpital St-Sauveur, a bien voulu me communiquer ses résultats et sur 125 enfants chez lesquels on a dû intervenir pour des laryngites suffocantes, quelle que soit aussi leur nature, il a obtenu 77 succès, ce qui fait 61 guérisons sur %.

(2) Communication faite par M. le docteur Le Fort à la *Société de médecine du Nord* dans la séance du 24 juillet 1903.

(1) Treize mois et non onze, parce que j'ai ajouté, depuis la communication faite à la *Société de médecine*, des faits plus récents datant des deux derniers mois.

opérées à froid,mais la plupart des malades guéris de leur appendicite aiguë omettent de se présenter à nouveau et oublient rapidement le danger qu'ils ont couru, refusent l'intervention à froid dont ils avaient admis le principe au cours de la crise. C'est surtout chez les malades de la ville que j'ai été appelé à faire cette remarque, le malade de l'hôpital, plus docile d'ordinaire, se remettant plus volontiers au couteau du chirurgien. Il y a là, semble-t-il, un argument non sans valeur, en faveur de l'intervention dans les cas aigus où la détermination à prendre laisse le médecin hésitant entre l'opium et le bistouri et en faveur aussi de la recherche prudente et de l'extirpation de l'appendice dans les abcès aigus, conduite qui, au reste, paraît devoir se généraliser de plus en plus.

L'observation suivante a été rédigée par M. le docteur Davrinche, alors interne du service.

Observation. — *Occlusion intestinale par coudure de l'iléon, laparotomie, guérison. Tricocéphale vivant dans l'appendice.* — Le 6 août 1902, Stanislas C..., âgé de 46 ans, mineur, né à Sainghin-en-Weppes, entre à l'hôpital Saint-Sauveur pour des accidents d'occlusion remontant à cinq jours.

Antécédents héréditaires : Le père de ce malade est mort tuberculeux à l'âge de 50 ans, sa mère est vivante et bien portante ; une de ses sœurs est morte, à dix-huit mois, une autre à vingt ans, d'affections dont il ne connaît pas la nature ; il a encore deux frères et une sœur vivants et bien portants.

Antécédents personnels : C.... n'a jamais été malade avant le mois de février dernier. A cette époque, il fut pris de douleurs abdominales qui paraissent nettement avoir été causées par une attaque d'appendicite peu intense ; la douleur était surtout localisée dans le flanc droit, il y avait de la constipation, mais pas de vomissements. Le malade se contenta de garder le repos pendant trois semaines sans rester au lit d'une façon absolue, puis il reprit son travail, tout en conservant cependant de légères douleurs qui revenaient par petits accès tous les trois ou quatre jours, parfois tous les huit jours. Ces petites coliques ne s'accompagnaient nullement de constipation.

Le malade se trouvait dans cet état quand, dans la nuit du 1er au 2 août, il fut éveillé subitement par de violentes coliques qui étaient surtout marquées dans la fosse iliaque droite ; il se leva et eut une selle.

Le lendemain, comme ses douleurs persistaient, il appela un médecin qui prescrivit du sulfate de magnésie. Ce purgatif fut vomi presque aussitôt, on administra alors de nombreux lavements glycérinés dont le premier seul s'accompagna d'une minime évacuation de matières ; les autres étaient rendus tels qu'ils étaient absorbés.

Le 4 août, on administra à doses fractionnées de l'huile de ricin qui fut vomie aussitôt en même temps que trois ascarides lombricoïdes.

Le 5 août, nouvelle absorption de sulfate de magnésie, sans autre résultat qu'un vomissement immédiat. Notre excellent confrère, M. le docteur Lheureux, appelé à ce moment, administra de la glace et de l'opium et envoya le malade à l'hôpital. Celui ci entre le 6 dans le service de M. le professeur Folet (suppléé à ce moment par M. le docteur Le Fort).

A l'examen, on trouve un sujet dont l'état général est resté assez bon. Le ventre est un peu ballonné, il existe des douleurs spontanées très vives revenant par accès toutes les 5 minutes environ et des douleurs à la pression assez peu intenses, mais avec prédominance marquée dans la fosse iliaque droite. La constipation est complète ; ni gaz ni matières depuis le 2 août. Le malade n'a pas eu de vomissements depuis l'absorption de son dernier purgatif. La température est 37° le soir, le pouls à 76. On administre de la glace et de l'opium. Le lendemain matin, 7 août, l'état du malade est complètement changé : les douleurs sont extrêmement vives, la voix est éteinte, le pouls est à 60.

M. Le Fort, qui voit à ce moment le malade pour la première fois, pratique immédiatement la laparotomie.

L'intestin grêle est distendu sur une partie seulement de son étendue et vers la partie terminale ; du côté de l'estomac, il est complètement affaissé, si bien qu'on pense d'abord à de la paralysie intestinale localisée ; on va à la recherche du cœcum, et alors apparaît une anse grêle complètement coudée par une bride qui se libère pendant une légère traction. L'appendice paraît malade, on l'enlève et, à l'intérieur, on trouve un ver tricocéphale vivant. Drainage et sutures.

Suites opératoires : Aussitôt après le réveil, le malade émet des gaz en assez grande quantité, il ne sent plus aucune douleur. Le soir, température 38°, pouls 62. Le 8 et le 9 août, l'état général est excellent, le malade émet des gaz, mais pas de matières par l'anus.

Le 10 août, l'administration d'huile de ricin est bientôt suivie de selles abondantes.

Le 11 août, on supprime les drainages, la plaie est en parfait état. Le régime lacté est continué. Le malade a encore des selles très abondantes, sans aucune douleur.

A partir de ce moment, guérison rapide sans aucun incident.

Voici la courbe du pouls et de la température de ce malade.

6	août	soir	Température	37°	Pouls	76
7	»	matin	»	36°8	»	60
»	»	soir	»	38°	»	62
8	»	matin	»	37°5	»	70
»	»	soir	»	37°9	»	
9	»	matin	»	37°2	»	62
»	»	soir	»	37°4	»	62
10	»	matin	»	36°8	»	62
»	»	soir	»	37°	»	
11	»	matin	»	36°7	»	68
»	»	soir	»	36°9	»	
12	»	matin	»	36°8	»	
»	»	soir	»	36°9	»	
13	»	matin	»	36°6	»	
»	»	soir	»	36°9	»	
14	»	matin	»	36°7	»	
»	»	soir	»	37°	»	
15	»	matin	»	36°8	»	
»	»	soir	»	37°1	»	

L'appendice de ce sujet était très peu malade, son aspect, son volume, ses dimensions et sa consistance ne différaient guère de ceux de l'appendice normal ; il est cependant fort probable qu'il avait subi une atteinte récente, et que la bride elle-même, qui était cause de l'occlusion, était un reliquat de la périappendicite antérieure. Ce n'est pas la première fois, du reste, que nous avons l'occasion de traiter chirurgicalement des occlusions produites par des brides de même origine ; dans un cas que nous avons présenté à la Société de chirurgie, l'appendicite primitive qui avait

été suivie d'une amputation spontanée de l'appendice, laissa dans le ventre des brides qui, 49 ans plus tard, amenèrent une occlusion intestinale pour laquelle nous dûmes intervenir.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Novembre 1903

Présidence de M. Gaudier, président

Salpingo-ovarites

M. **Debeyre** présente des pièces anatomiques provenant d'une malade opérée par MM. Oui et Le Fort.

Il s'agit d'une femme bien portante jusqu'à l'époque de son mariage. Dès lors, c'est-à-dire depuis huit ans environ, elle a toujours souffert du bas-ventre. Elle a eu un enfant et a fait une fausse couche il y a quelques années. Les règles revenaient tous les vingt jours, duraient huit jours et étaient très douloureuses. Dans l'intervalle, il s'écoulait par le vagin du pus et du sang.

Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, avait révélé la présence d'une tumeur bosselée, irrégulière dans le cul-de-sac latéral gauche ; dans le droit, on sentait un gros cordon roulant sous le doigt. L'utérus était de volume normal.

Les traitements médicaux ayant échoué, on pratiqua l'hystérectomie abdominale subtotale par la section médiane sagittale. Ce procédé de J.-L. Faure est facile, commode, pourvu que la décortication soit bien basale. Il a permis d'enlever prudemment, sans crainte de rupture, les annexes que M. Debeyre présente. La trompe gauche, énormément dilatée, ressemble, à s'y méprendre, à une portion d'intestin adhérent à l'utérus. Elle est pleine de pus et absolument adhérente à l'ovaire transformé en poche purulente. La trompe droite est remplie de sang coagulé. L'ovaire gauche est absolument sclérosé.

Une façon d'utiliser les embryons jeunes impropres à la fixation

M. **Debeyre**, ayant reçu de M. Oui un embryon âgé de deux mois, macéré et impropre à aucune étude de développement, l'a mis, pendant quelques jours, dans une solution de potasse à 30 pour 100, puis dans un mélange de glycérine et de formol.

On aperçoit, sur la pièce que M. Debeyre présente, les premiers stades de l'ossification. Pour la tête, deux petites plaques blanches postérieures représentent le futur occipital. Le maxillaire inférieur est bien marqué ; les points oculaires et auditifs sont très visibles. On aperçoit encore très bien la cage thoracique, les membres supérieurs et inférieurs. On peut encore noter la position et l'étendue du foie.

Expériences sur les greffes intestinales

MM. **Drucbert** et **Brunel** présentent les résultats d'expériences concernant les greffes intestinales. Dans une première série d'expériences on a enlevé sur le péritoine de l'intestin une languette de séreuse longue de 2 centim. et large d'environ 5 millimètres. La plaie ainsi produite a été recouverte par un lambeau d'épiploon fixé à l'aide de quelques sutures. Les animaux ont guéri dans la proportion de 7 sur 10. Sur 10 autres chiens la plaie a été recouverte avec un lambeau découpé dans le péritoine pariétal ; 9 animaux ont survécu, mais on a constaté que l'épiploon adhérait au niveau de la greffe.

Dans une seconde série d'expériences on enlève sur une anse d'intestin gros ou grêle un lambeau long de 2 centim. et large de 1 centim. La plaie longitudinale est fermée par une suture faite dans le sens transversal de manière à éviter un rétrécissement. Un peu plus haut on fait une incision longitudinale et l'on suture à ses bords le lambeau détaché précédemment. Sur 10 chiens ainsi traités 6 ont survécu et ont été tués le 20e jour après l'opération. On a pu alors constater que la greffe tenait parfaitement. L'épiploon adhérait du côté de la séreuse. Du côté de la muqueuse la réunion était telle que la greffe ne se révélait que par une légère dépression.

Ces expériences montrent donc qu'il est possible de fermer un orifice intestinal avec un morceau d'intestin comprenant les trois tuniques. Mais le procédé est trop aléatoire pour s'appliquer à la chirurgie humaine. Il est préférable de s'en tenir à l'entéroraphie latérale. Si l'orifice est assez étendu on peut encore y remédier en l'abouchant à un orifice de mêmes dimensions fait à une anse voisine. L'opération revient alors à faire une simple anastomose latérale entre deux anses dont l'une a été trouée accidentellement, l'autre incisée de propos délibéré.

Prostatectomie pour hypertrophie de la prostate

M. **Carlier** présente la prostate d'un malade qu'il a opéré au mois de juillet pour une hypertrophie de la prostate. Ce malade, prostatique depuis longtemps, était rétentionniste lorsqu'il entra à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Saint-Sauveur. L'état général du malade s'étant très sérieusement aggravé malgré les sondages répétés et malgré l'emploi d'une sonde à demeure, il fallut recourir à une cystotomie suspubienne. Cette opération fit immédiatement cesser tous les accidents graves qui avaient failli emporter le malade, et trois mois après l'état général et local de cet homme était assez satisfaisant pour qu'on pût songer à une prostatectomie.

Cette prostatectomie fut pratiquée par la voie périnéale. Après débridement de sa capsule, la prostate fut enlevée par énormes fragments pour le lobe gauche, par morcellement pour le lobe droit, toujours plus difficile à réséquer,

sauf pour les chirurgiens qui ont l'avantage d'être ambidextre. Cinq semaines après cette intervention le malade était complètement guéri et urinait très facilement en vidant complètement sa vessie.

M. **Carlier**, à propos de cette communication, entre dans des considérations générales sur les indications et contre-indications de la prostatectomie périnéale et sur quelques particularités du manuel opératoire.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Un petit résumé de l'hydraulique cardiaque

Le cœur humain est, pratiquement, une pompe de 0m,15 environ de haut sur 0m,10 de large. Cette pompe fonctionne 70 fois par minute, 4.200 fois par heure, 100.800 fois par jour, 32.792.000 fois par année et 2.575.440.000 fois en soixante-dix ans.

A chacun de ses battements, il lance en moyenne une centaines de grammes de sang dans la circulation, 7 litres par minute, 420 litres par heure, ou dix tonnes par jour.

Tout le sang du corps, qui est d'environ 28 livres, passe, toutes les deux ou trois minutes, à travers le cœur.

Ce petit organe déploie chaque jour une force capable d'élever 46 tonnes à un mètre de hauteur.

Pendant les soixante-dix ans de la vie d'un homme, cette merveilleuse petite pompe, sans un seul moment de répit, ni jour, ni nuit, débite l'énorme masse de plus de 250.000 mètres cubes de sang. (*Médecine Moderne*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 6 novembre 1903 a eu lieu, au Restaurant Marguery, la quatrième réunion statutaire de 1903 de l'**Association de la Presse Médicale française**, sous la présidence de MM. Lucas-Championnière et A. Robin, syndics. — Vingt-cinq membres y assistaient.

Invitations étrangères. — Le Bureau avait invité à dîner M. le docteur Cortezo, directeur du *Siglo Medico*, président de l'*Association internationale de la Presse médicale*, délégué de l'Espagne à la Conférence sanitaire internationale, actuellement de passage à Paris. Au dessert, M. le professeur Cornil a présenté notre éminent confrère ; et M. Cortezo a répondu par une charmante et cordiale allocution.

Décès d'un Syndic.— M. le Secrétaire général a annoncé la mort de l'un de nos syndics honoraires, M. le docteur A. Cézilly, décédé à Chantilly. M. Cézilly était l'un des fondateurs de notre Association, et avait été de longues années l'un de nos syndics les plus actifs et les plus dévoués.

Nominations. — Sont nommés, à l'unanimité, membres titulaires de l'Association : M. Grandjux, rédacteur en chef du *Caducée*, à Paris ; M. Félix Baudoin (de Tours), rédacteur en chef des *Annales médico-chirurgicales du Centre* ; M. P. Sébileau, rédacteur en chef des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, à Paris ; M. B. Lyonnet, rédacteur en chef du *Lyon médical*, à Lyon.

Candidatures.— M. le docteur P. Archambaud est nommé rapporteur de la candidature de M. le docteur P. Hamonic, rédacteur en chef de la *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, 7 ter, rue Clauzel, à Paris.

Expositions et Salons. — M. le Secrétaire général rappelle aux membres de l'Association que leur carte d'identité leur ouvre l'entrée des Expositions et Salons de fin 1903.

Bureau des Renseignements a la Sorbonne. — M. le docteur Blondel met l'Association au courant de l'organisation de ce Bureau, qui vient d'être créé à l'Université de Paris.

Asssociation internationale de la Presse médicale. — M. le Secrétaire général de cette Association informe l'Assemblée des décisions prises à la dernière réunion du Comité à Bruxelles en septembre 1903.

Élection d'un Syndic. — M. le docteur Delefosse est nommé Syndic de l'Association, en remplacement de M. le docteur Laborde, décédé.

Ordre du jour. — Réunion du 1er vendredi de février 1904. — 1° Nomination de la commission permanente d'admission pour 1904, par voie de tirage au sort. — 2° Nomination des délégués suppléants à l'Association internationale de la Presse médicale. — 3° Demande d'honorariat. — 4° Candidatures.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le dernier mouvement dan le **corps de santé militaire** comprenait les nominations et mutations suivantes relatives à notre région. M. le médecin-inspecteur Pierrot, directeur du service de santé du 1er corps d'armée à Lille, est nommé directeur du service de santé au VIe corps à Châlons-sur-Marne. Sont désignés MM. les médecins aide-major de 2e classe : Dupont pour le 15e d'artillerie à Douai ; Vermullen pour le 4e cuirassiers à Cambrai ; Capon pour le 1er d'infanterie à Cambrai ; Heuls pour le 91e d'infanterie à Mézières ; Gallouin, Martin et Millet pour l'hôpital militaire de Lille ; Troude pour le 145e d'infanterie à Maubeuge ; Hemery pour le 47e d'infanterie à Givet ; Marvy pour le 150e d'infanterie à Mézières ; Durand pour le 84e d'infanterie à Avesnes.

Soutenance de Thèse

M. A.-N.-A. Garin, de Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le jeudi 19 novembre, sa thèse de doctorat (7e série, n° 2) intitulée : **Etude à propos d'un cas d'amputation interscapulo-thoracique**.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Buisson et Badiole, de Bordeaux (Gironde) ; Dubertrand, de Bègles (Gironde).

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

45e et 46e Semaines, du 1er au 14 Novembre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	6
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	6	3
2 à 5 ans	6	4
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	3	5
20 à 40 ans	15	15
40 à 60 ans	17	15
60 à 80 ans	20	19
80 ans et au-dessus	4	6
Total	92	79

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phtisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	2	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	5	12	17
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	3	2	»	»	7	1	1	»	»	»	12	32	25
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	2	2	5	2	2	»	»	2	»	»	»	»	»	5	20	27
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	8	2	3	»	»	2	»	»	»	»	»	3	19	45
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	1	»	»	3	1	3	2	»	»	3	»	»	»	»	»	9	12	20
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	3	1	1	5	»	»	3	»	2	»	1	»	10	27	27
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	1	»	»	»	2	»	1	2	»	»	1	1	»	»	»	»	3	11	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	6	10
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	1	»	»	2	2	2	»	»	»	3	1	»	1	»	»	2	13	12
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	3	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	2	6	15
Total	»	»	»	1	2	»	2	17	24	16	18	1	»	31	3	3	1	1	»	52	171	220

N° 359. Septième Année N° 48. Le Numéro : 10 centimes 29 Novembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Statistique portant sur 100 cas consécutifs de tubage pour croup dans la clientèle privée

Par le docteur **F. Castelain**
Ex-chargé du cours de clinique complémentaire, de clinique médicale infantile, près de la Faculté de médecine de Lille

(Suite et Fin)

OBSERVATION I. — *Angine et croup (bacilles de Lœffler et pneumocoques). — Tubage et trachéotomie secondaire. — Mort.* — Le vendredi 13 avril 1900, dans la soirée, on vient de la part de M. le docteur LAMBIN me demander de me rendre rue Gambetta, 200, chez M. D... dont l'enfant était atteint de croup. Parti à Englos auprès d'un enfant atteint de la même maladie, je ne pus me rencontrer avec M. le docteur LAMBIN, qu'à onze heures du soir. Le petit Juste D..., âgé de trois ans et demi, d'une bonne santé habituelle. était déjà souffrant depuis quelques jours et dès hier mon confrère avait constaté sur les amygdales des taches blanchâtres. Voici à mon arrivée dans quelle situation je trouve le petit malade. La voix et surtout la toux sont cassées, l'expansion pulmonaire est très diminuée et l'épigastre se déprime à chaque inspiration, ce qui indique une gêne très marquée de la respiration ; de plus, je suis frappé du nombre des mucosités, qui encombrent les bronches. Comme moi, M. le docteur LAMBIN est d'avis que le moment d'intervenir est arrivé. Je choisis un tube court calibré pour la sixième et la septieme annee et j'arrive assez facilement, quoiqu'avec quelques frottements, à l'introduire. L'enfant rejette un certain nombre de mucosités, la gêne respiratoire cesse et l'auscultation permet de constater que maintenant l'air déplisse les poumons.

Samedi 14. — L'état de l'enfant ne me paraît pas inquiétant, mais la nuit a été agitée et l'enfant n'a pas éprouvé le soulagement, que l'on constate généralement, quand le tube est installé dans le larynx et qu'il fonctionne bien ; à chaque inspiration on entend un bruit, presque un gargouillement amené par le passage de l'air à travers des mucosités trachéales et bronchiques abondantes. A 6 heures je revois le malade avec mon confrère et dans l'espoir de voir si non disparaître au moins diminuer ce bruit, je retire le tube à l'aide de l'énucléation. Après avoir nettoyé le tube, je me mets en devoir de le replacer, mais je n'y parviens pas ; j'arrive bien à introduire l'extrémité du tube dans l'ouverture du larynx, mais soit mauvaise situation de l'enfant, soit accrochage de la corde vocale inférieure, je ne parviens pas à pousser le tube à fond : je ne suis pas plus heureux en essayant un tube long de la sixième et de la septième année, je prends alors un tube de quatre ans et j'arrive à l'installer dans le larynx. Je regrette d'autant plus de ne pouvoir comme je le fais habituellement, choisir un tube supérieur à l'âge de l'enfant, que les mucosités sont ici très abondantes.

Dimanche 15. — A six heures du matin on vient me demander d'aller voir notre petit malade, la nuit n'a pas été bonne, et le bruit que fait l'air en traversant les voies respiratoires supérieures est toujours très marqué, de plus le petit garçon paraît affaibli et sa figure est pâle, symptômes qui dénotent une gêne

marquée de l'hématosé. Dans ces conditions, il ne reste qu'une ressource à tenter, la trachéotomie. Je couche l'enfant sur la table et sans recourir au chloroforme, je procède à l'ouverture de la trachée. La section de la trachée ne donne lieu à aucun incident, et en quelques instants la canule de Krisaber est mise en place. Avant de quitter l'enfant je constate avec plaisir que la figure se colore un peu ; quant au tissu pulmonaire il se déplisse très bien de haut en bas. Le soir je retourne auprès de mon petit opéré, de nombreuses mucosités ont été rejetées par la canule ; la gêne respiratoire ne s'est pas reproduite,et si à l'auscultation on entend des râles provenant d'abondantes mucosités dans la trachée et les grosses bronches, le tissu pulmonaire reste sain.

Lundi 16. — Bien que la canule fonctionne bien, je crois bon d'enlever l'appareil pour le nettoyer ; l'enfant supporte très bien le retrait de la canule ; je puis tout à loisir examiner la plaie. elle est de petite dimension et ne présente aucune inflammation.

Vendredi 20. — Rien de particulier ne s'est présenté depuis lundi : la sécrétion trachéo-bronchique est toujours très abondante, mais l'état général s'est maintenu et si l'auscultation fait entendre dans la poitrine beaucoup de râles, dont un certain nombre sont fins ; le tissu pulmonaire paraît conserver son intégrité. La température est toujours élevée, surtout le soir, où elle atteint et dépasse même 39°. Comme l'ouverture de la trachée remonte déjà à cinq jours, je retire la canule. A ma visite du soir, les parents me disent qu'aucune gêne respiratoire ne s'est montrée, et je constate que la respiration se fait librement ; toutefois vu l'abondance de la sécrétion bronchique je préfère replacer la canule, car je n'ose laisser l'enfant sans appareil.

Samedi 21. — J'enlève la canule qui cette fois ne sera plus remise qu'en cas de nécessité.

Lundi 23. — Absent depuis deux jours je constate à mon retour qu'une certaine amélioration s'est produite, mais le mieux est bien lent à se montrer ; outre les râles toujours assez nombreux dans la poitrine et assez fins, le seul symptôme véritablement fâcheux est l'élévation de la température.

Mardi 24. — L'état du petit malade reste toujours stationnaire, malheureusement les mucosités sont toujours très abondantes, et le soir le thermomètre atteint encore 39°5. La plaie n'a pas très bon aspect, elle se ressent de l'état général,qui est toujours un peu languissant.

Dimanche 29. — A ma dernière visite, j'avais constaté que les forces du malade étaient loin de revenir, je remarque aujourd'hui que l état général laisse de plus en plus à désirer. L'auscultation de la poitrine fait percevoir des deux côtés, mais surtout à droite, un grand nombre de râles forts fins ; quoique nous soyons au matin, le thermomètre marque déjà 39°.

Mercredi 2 mai. — L'état général s'est encore aggravé ; l'enfant est d'une grande maigreur, les muqueuses sont décolorées et la mère fait observer que la bouche du petit malade répand une odeur des plus pestilentielles. Pour la première fois, le soir, le thermomètre n'arrive qu'à 38°5. Le matin, M. le docteur Lambin avait formulé, pour relever les forces, une potion à la teinture de cannelle et à l'acétate d'ammoniaque ; comme les lèvres sont le siège d'excoriations, je conseille un collutoire boraté. Le sulfate de quinine que l'enfant prenait tous ces jours derniers, à la dose de 0,20 ou 0,40 centigrammes, est continué autant comme fortifiant que comme fébrifuge. Il ne faut pas se dissimuler que la situation est très grave : le seul symptôme un peu favorable à noter est l'apparition de quelques bourgeons charnus, à la partie supérieure de la plaie cervicale.

Vendredi 4 mai. — La respiration ne se fait guère plus mal que les jours précédents, mais l'état général qui, la veille, paraissait un peu meilleur, est aujourd'hui déplorable ; tous les tissus sont décolorés et le pouls est à peine perceptible. Température 37°5. L'enfant, qui avait reçu plusieurs injections antidiphtéritiques, paraît succomber moins à l'empoisonnement diphtéritique qu'à la faiblesse et à l'anémie due à une hématose incomplète. La mort arrive à huit heures.

La trachéotomie n'a pas sauvé l'enfant, mais vu l'abondance énorme des mucosités, cette intervention était absolument indiquée, car le diamètre d'une canule ordinaire à trachéotomie étant supérieur à celui d'un tube calibré, pour la sixième et la septième année et surtout d'un tube plus petit, l'expulsion des mucosités devait être plus facile une fois la trachée ouverte qu'après l'intubation. C'est même grâce à la trachéotomie, que le petit malade a dû de lutter si longtemps.

Observation II. — *Croup d'emblée (bacilles de Lœffler). — Tubage. — Injections de liquide anti-diphtérique. — Menace d'asphyxie par suite de la pénétration de liquide dans le larynx. — Guérison.* — Le dimanche 9 décembre 1900, M. le docteur Chotin vint me demander d'aller dans la soirée voir une de ses clientes atteinte de laryngite. La petite Madeleine D.., âgée de 7 ans, est une enfant habituellement bien portante, et qui n'a eu comme maladie antérieure que la scarlatine, il y a deux ans ; cette enfant est déjà souffrante depuis huit à neuf jours, elle a commencé par avoir mal à la gorge et par tousser, mais la gorge était seulement rouge et la toux n'offrait aucun caractère particulier. Quand à huit heures et demie, j'arrive près de la malade, je constate que la voix de l'enfant est cassée et que la respiration est gênée, puisque à chaque inspiration les espaces intercostaux se dépriment d'une façon manifeste; toutefois l'auscultation permettant de constater que l'air pénètre encore dans les poumons, vu l'âge de l'enfant et la proximité de la demeure des parents, je me décide pour le moment du moins à ne pas pratiquer le tubage. L'examen de la gorge ne laisse apercevoir aucune espèce de concrétion, la muqueuse du pharynx n'est même pas rouge ; dans ces conditions il est impossible de préciser la nature de la laryngite.

Lundi 10 décembre. — Je revois l'enfant avec le

docteur Chotin ; je n'ai qu'à me féliciter d'avoir sursis à l'opération, car s'il n'y a pas une amélioration bien franche, les phénomèmes d'obstruction n'ont pas augmenté. Devant nous l'enfant est pris d'une quinte de toux, je recueille un crachat, qui est envoyé à l'Institut Pasteur de Lille : la réponse, qui m'est communiquée dans l'après-midi, porte pneumocoques, staphylocoques, pas de diphtérie.

Jeudi 13 décembre. J'avais été quelques jours sans voir l'enfant, quand le jeudi 13, vers six heures du soir, on vint me chercher : les journées précédentes avaient été relativement bonnes, mais depuis quelques heures l'oppression s'était accentuée. A mon arrivée, je trouve la petite malade tellement suffoquée, qu'il ne saurait plus y avoir un instant d'hésitation, le moment de l'intervention ne saurait plus être retardé et dans la crainte d'augmenter encore la dyspnée, je procède de suite au tubage même sans me livrer à un nouvel examen. Comme l'enfant n'est pas très développée, je ne choisis que le tube calibré pour son âge et dès la première tentative, je place l'instrument dans le larynx. Les lèvres, il est vrai, reprennent un peu de couleur, mais je ne suis qu'à demi satisfait du résultat de mon intervention, car le soulagement qui se manifeste d'ordinaire, lorsque le tube est mis en place, ne se montre pas. Je remets donc l'ouvre-bouche pour m'assurer avec le doigt que le tube est bien dans le larynx Malgré l'assurance que me donne cette constatation en présence des phénomènes de gêne respiratoire, je retire le tube et, après quelques efforts de toux, l'enfant rejette une énorme fausse membrane ; cette expulsion est suivie d'une telle accalmie, que je renonce pour le moment du moins à un nouveau tubage. Le soir, je retourne auprès de ma petite malade, et comme la gène respiratoire est redevenue assez marquée, je procède à une nouvelle intubation Enfin, vu l'épaisseur considérable de la fausse membrane rejetée quelques heures auparavant, après avoir pris l'avis de mon collègue, je pratique une injection de sérum anti-diphtérique de vingt centimètres cubes.

Vendredi 14. — Le 14, à neuf heures et demie, je me rends chez ma petite opérée, comme cela avait été convenu avec mon confrère, toutefois, la petite malade reposant je ne monte pas. Une demi-heure s'était à peine écoulée que l'on court après moi ; comme je sortais, je me rends sans perdre un instant auprès de l'enfant et au premier étage je trouve la mère, qui me dit qu'il est trop tard, que tout est fini. Je me précipite dans la chambre, je trouve l'enfant les yeux tournés en haut, les lèvres bleuâtres, en un mot agonisant ; je lui flagelle la figure, je retire le tube en tirant sur la ficelle, j'exerce sur la langue des tractions rythmées, et au bout de quelques minutes, je suis assez heureux pour ranimer cette enfant à la vie, au grand étonnement de toutes les personnes présentes, qui croyaient la malade irrémédiablement perdue. Voici ce qui s'était passé : l'enfant avait demandé à boire, une petite quantité de liquide s'était vraisemblablement introduite dans le larynx, et avait déterminé l'asphyxie. Comme l'enfant ne paraît pas gênée, j'essaie de ne pas remettre l'appareil au moins pour le moment. Dans la journée, nouveau rejet de fausse membrane ; cette fausse membrane est assez longue, mais elle est moins épaisse que celle qui a été expulsée auparavant, et elle appartient à une bronche de plus petit calibre. Dans l'après-midi, je retourne au laboratoire, et l'examen direct de cette fausse membrane permet de constater la présence du bacille de Loeffler ; dans la soirée, nouvelle injection de liquide anti-diphtérique. Je n'ose laisser l'enfant passer la nuit sans tube, aussi le soir je procède à une nouvelle intubation. Vers minuit, la petite fille est prise rapidement d'une oppression manifeste, elle devient bleuâtre, alors pour pallier à cette gène respiratoire, la personne qui veille, tire sur la ficelle et retire le tube. On vient me chercher, l'enfant rejette une fausse membrane assez longue, et comme la petite malade est redevenue assez calme et que l'oppression était vraisemblablement due à la difficulté qu'éprouvait la fausse membrane à traverser le tube, je me décide à ne pas remettre l'appareil.

Samedi 15 — La voix est toujours fortement altérée et la respiration continue à être un peu gênée, mais toutefois pas assez pour nécessiter une nouvelle intervention. Un nouveau rejet de fausse membrane.

Dimanche 16. — Voici trente-six heures que le tube a été retiré, on peut donc espérer qu'il ne sera plus nécessaire de le remettre, l'examen de la poitrine de décèle rien d'anormal, l'enfant est très faible, mais s'alimente, les chances de guérison s'affirment.

A partir de ce moment, le mieux s'accentue de plus en plus, mais il faut encore une dizaine de jours, pour que cette enfant puisse être considérée comme rétablie.

J'ai tenu à publier cette observation en détail, car entre autres côtés intéressants, elle montre la gravité des accidents, qui peuvent survenir quand du liquide vient à pénétrer dans le larynx. Dans les cas semblables à celui-ci, à la flagellation, à l'excitation de la muqueuse pituitaire au moyen de liquides odoriférants, aux injections d'éther, on peut ajouter les tractions rythmées sur la langue et le retrait du tube. Il est peut-être difficile de préciser comment ce dernier moyen agit, mais il se pourrait qu'il fût utile en permettant au larynx, rendu plus libre dans ses mouvements, de se débarrasser plus facilement du corps étranger, qui s'y est introduit.

Observation III. — *Croup d'emblée à streptocoques chez un enfant de seize mois.— Tubage. — Pneumonie. — Guérison.* — Le samedi 22 décembre 1900, on vint me demander de me rendre à la Madeleine, avec M. le docteur Benoit, pour voir la petite Marcelle de P., âgée de seize mois, atteinte de croup. Trois-quarts d'heure après j'étais auprès de la malade, que j'examinais en attendant l'arrivée de mon confrère. La maladie remontait à quelques jours déjà ; dès le commencement de la semaine, la voix et surtout la toux avaient pris un caractère anormal, la gêne respiratoire avait été des plus marquées, aussi le mercredi 19, M. le

docteur Benoit avait-il fait une injection de liquide anti-diphtérique, les phénomènes morbides n'ayant aucune tendance à s'amender, le samedi on avait décidé de me faire appeler. Le pharynx ne présente rien de particulier, la voix n'est guère altérée, mais la toux est rauque, de plus, l'expansion pulmonaire, sans être imperceptible, est manifestement diminuée, et à chaque inspiration, non seulement l'épigastre mais aussi les espaces intercostaux se dépriment d'une manière bien nette. Peut-être l'intervention aurait-elle pu être retardée encore quelques heures, dans le cas où la petite malade eût habité près de chez moi, mais son éloignement nous faisait un devoir d'intervenir, un accès de suffocation pouvant survenir d'un moment à l'autre. Je prends d'abord un tube court calibré pour la deuxième année et bien que je sente très facilement l'ouverture du larynx et que j'y engage l'extrémité du mandrin, je ne puis parvenir à faire descendre le tube à fond. Heureusement j'avais préparé, en toute occurrence, un tube long (deuxième année), et j'arrive facilement à le mettre en place. La petite malade se met à tousser et rejette un certain nombre de mucosités au milieu desquelles, je ne trouve pas de trace de fausse membrane. Le soir je retourne près de ma petite opérée : elle a bien supporté l'intervention, elle a dormi quelque temps. Température axillaire 39°.

Dimanche 23. — La nuit a été assez agitée et à certains moments la respiration a été embarrassée ; à sept heures, dans un effort de toux, le tube a été rejeté, toutefois les parents, prévenus de la conduite qu'ils devaient tenir dans cette éventualité, ne voyant pas la gêne respiratoire devenir alarmante, n'allèrent pas chercher le médecin. A dix heures j'examine l'enfant avec M. le docteur Benoit ; maintenant la gêne respiratoire est manifeste et à voir le tirage, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut procéder à un nouveau tubage. Dans l'espoir d'obtenir une fixité plus grande, j'essaye à nouveau le tube court, mais devant la difficulté que j'éprouve encore, je reprends celui que j'avais déjà introduit (tube long de la deuxième année) et je l'installe dans le larynx. La respiration redevient facile. Température toujours élevée.

Lundi 24. — La situation ne s'améliore guère, l'enfant est assez faible et le thermomètre atteint et même dépasse 39 degrés de quelques dixièmes. Vu le jeune âge de l'enfant, je retire le tube ; pas plus que le jour où il a été spontanément rejeté, l'intérieur de l'appareil ne contient pas de concrétions. J'aurais voulu laisser quelques heures la petite malade sans appareil, mais au bout de quelques minutes le tirage réapparaît : nouvelle sédation quand le tube est remis en place.

Mardi 25. — Dans la matinée, nouvelle visite avec M. le docteur Benoit ; la situation n'a guère changé depuis la veille, et la température reste sensiblement la même ; malheureusement, en procédant à l'auscultation, on perçoit manifestement, en haut et en arrière du côté gauche, un souffle qui dénote une altération pulmonaire. Cette complication aggrave sensiblement la situation, l'oppression que présente la petite malade est assez accentuée et il y a de la dépression épigastrique et même des parties latérales du thorax, ce qui indique une gêne marquée de la respiration dont je ne crois pas qu'on puisse accuser le mauvais fonctionnement du tube. Dans la crainte de contusionner la muqueuse laryngée par des tubages réitérés et craignant que l'enfant ne puisse rester sans appareil, le tube est laissé en place.

Mercredi 26. — Le souffle pulmonaire s'affirme, la matité est aussi très nette, il y a certainement là soit une inflammation du tissu pulmonaire, ou tout au moins une congestion très accentuée du poumon, car les cellules pulmonaires ne se dilatent pas. Comme il y a quatre jours que j'ai pour la première fois procédé au tubage, j'enlève l'appareil, la gêne respiratoire n'augmente pas ; température 38°. A six heures, je ne trouve pas la petite malade plus mal, je tente de ne pas remettre l'appareil. Une heure après mon départ, M le docteur Benoit prend la température, le thermomètre monte à 40°.

Jeudi 27. — La nuit n'a pas été mauvaise ; l'air entre dans la poitrine d'une façon suffisante et quant au souffle, s'il est tout aussi marqué que les jours précédents, il ne tend pas à s'étendre ; la température a de nouveau baissé.

Il ne se produit plus d'incidents nouveaux, mais le rétablissement ne s'obtient pas de suite.

Ce cas de croup terminé par guérison méritait d'être rapporté à cause du jeune âge de l'enfant et de la complication qui est survenue. Avant la vulgarisation du tubage, quand un petit croupeux âgé de moins de deux ans arrivait à la période asphyxique, les chirurgiens ne pratiquaient l'ouverture de la trachée que contraints et forcés, tant les résultats de la trachéotomie, entreprise dans ces conditions, étaient déplorables ; aujourd'hui, avec l'intubation, il ne viendrait à l'idée d'aucun opérateur de ne pas proposer le tubage chez les enfants n'ayant pas deux ans révolus, et l'on a le droit d'espérer la guérison. Dans mon relevé figurent onze enfants n'ayant pas plus de dix-huit mois, sur ce nombre cinq ont guéri et parmi ces derniers, deux étaient en plus atteints de fluxion de poitrine et de congestion pulmonaire. Alors que le tubage n'aurait eu à son actif que la possibilité d'opérer, avec certaines chances de succès, des enfants de moins de deux ans, cette opération méritait définitivement d'entrer dans la pratique.

Observation IV. — *Angine et croup (bacilles de Læffler et pneumocoques) chez un enfant de six ans et demi. — Trois fois expulsion du tube.— Guérison.*— Le 11 avril 1901, à six heures moins le quart du matin, M. L..., sur la demande de M. Ellart, médecin à Saint-André-lez-Lille, venait me prier de me rendre auprès de son enfant atteint de croup : à sept heures et demie, j'étais près du malade, que je trouve dans un état alarmant. Le jeune Georges L..., âgé de six

ans et demi, était souffrant depuis quelques jours, quand le mercredi 10, M. Ellart fut appelé ; dès sa première visite, mon confrère constata non seulement qu'il existait des fausses membranes dans le larynx, mais crut que le larynx devait être aussi déjà envahi puisque la voix était profondément modifiée ; pour parer à toute éventualité une injection de liquide anti-diphtérique fut faite dans la soirée. Pendant la nuit l'état de l'enfant s'aggrava, l'oppression survint ; aussi M. Ellart, mandé de grand matin, conseilla-t-il de me faire venir. A mon arrivée je juge la situation fort critique, la gêne respiratoire est des plus accentuées, et au moment de l'inspiration la dépression épigastrique est si marquée que je ne crois pas obligé à me livrer à un examen plus complet, et en attendant mon confrère que l'on est allé chercher, je dispose tous les instruments pour l'intervention. Quand M. Ellard est arrivé je procède à un examen plus complet; la face est blafarde, les lèvres sont cyanosées, le murmure vésiculaire a presqu'entièrement disparu, enfin en abaissant la langue, j'aperçois sur les deux amygdales, mais surtout à droite, des concrétions assez épaisses. Je choisis le tube long recommandé pour l'âge du malade (cinq à sept ans) et à la deuxième tentative, je parviens à le placer dans le larynx. Un soulagement des plus manifestes se produit, les lèvres, qui un instant avant étaient violacées, deviennent roses, l'oppression cesse, enfin il est facile de constater que maintenant l'air pénètre dans les poumons. Température 38°4. Après l'opération, une seconde injection de liquide anti-diphtérique est faite. Le soir, je retourne auprès de mon petit opéré ; le bien-être amené par le tubage s'est maintenu et je constate que l'air pénètre aisément dans les deux poumons. Température 38°5.

Vendredi 12. — La nuit s'est bien passée, mais vers six heures du matin, dans un accès de toux, le tube est rejeté ; à sept heures et demie quand j'arrive, je trouve que l'air pénètre avec difficulté dans la poitrine et que les lèvres sont légèrement bleuâtres. Je procède à une intubation, qui est suivie d'une nouvelle accalmie ; malheureusement, dans la soirée, l'enfant présente des phénomènes de gêne respiratoire tels, que la mère se demande s'il ne faut pas extraire le tube, enfin l'appareil est de nouveau expulsé. Vers dix heures et demie, je procède à un nouveau tubage et espérant par suite de son renflement, que ce tube tiendra plus facilement, je prends cette fois un tube court de même calibre (cinq à sept ans).

Samedi 13. — Cet essai n'a pas été plus heureux que les précédents ; à trois heures du matin, nouveau rejet du tube court; après avoir pris l'avis de M. Ellard, vers le matin je suis demandé. Vers neuf heures, je suis près de mon petit malade, qui est détubé depuis six heures ; la gêne respiratoire n'est pas énorme, le murmure vésiculaire n'a pas complètement disparu, toutefois comme il est sensiblement diminué il est préférable de recourir à une nouvelle intubation. Pour chercher à remedier à ces rejets multiples, je choisis cette fois un tube long supérieur à l'âge de l'enfant, c'est-à-dire le tube calibré pour la septieme et la neuvième année, et contre mon attente (car vu le développement moyen du malade, je craignais non seulement de ne pas pouvoir faire pénétrer ce tube dans le larynx, mais même de ne pas arriver à tenir l'introducteur assez droit pour engager l'extrémité du mandrin dans l'ouverture laryngée), je le place dans le larynx à la première tentative. Après cette introduction, comme après les précédentes, l'enfant rejette une grande quantité de mucosités. Les concrétions pharyngées ont complètement disparu ; toutefois une troisième injection de 10 centimètres cubes de liquide anti-diphtérique est pratiquée. Température matin, 36°8 ; soir, 37°.

Dimanche 14. — Le petit malade est aussi bien que possible : la gêne respiratoire n'existe plus, les poumons se distendent facilement, enfin la fièvre est nulle ; peut-être pourrait-on procéder au retrait du tube, cependant, comme hier encore l'enfant ne pouvait pas respirer facilement sans appareil, je me décide à laisser le tube, et prie mon confrère de ne le retirer que le lendemain. Dès maintenant, on peut considérer l'enfant comme guéri. Température 37°5.

Ainsi que cela avait été convenu, le lendemain M. Ellard retira le tube en tirant sur la ficelle et cette extraction ne fut plus suivie de nouvelle oppression. L'enfant revint de jour en jour à la santé ; le seul symptôme qui persista fut une altération de la voix due probablement à un peu de froissement de la muqueuse amené par le volume plutôt exagéré du tube. Le dimanche 21 avril, étant allé à Saint-André voir mon petit opéré, je trouvai que sa voix n'était pas encore redevenue normale et ce qui me confirma dans mes appréciations sur la cause de trouble fonctionnel (éraillure de la muqueuse), c'est que je trouvai sur ses vêtements quelques taches sanguinolentes; cet incident ne saurait avoir de conséquences.

J'ai voulu relater cette observation, parce qu'elle présente quelques remarques intéressantes ; elle prouve d'abord, quand on opère en ville et surtout à la campagne, qu'il est préférable au point de vue de la stabilité de l'appareil, d'employer autant que possible un tube un peu plus gros que celui indiqué par l'âge de l'enfant, elle démontre ensuite que lorsque les accidents asphyxiques reparaissent après l'expulsion du tube, ils ne se montrent pas toujours menaçants immédiatement.

Observation V. — *Angine et croup (bacilles de Lœffler) chez un enfant âgé de deux ans et neuf mois. — Injection de liquide anti-diphtérique. — Tubage. — Retubage au bout du quatrième jour. — Guérison.* — Le jeune Pierre D..., âgé de cinq ans, habitant Hellemmes, est un bel enfant, habituellement très bien portant ; la seule tare qu'on puisse relever est l'existence de quelques tumeurs adénoïdiennes. Dans la nuit du 26 au 27 novembre 1901, cet enfant fut pris d'une toux légèrement striduleuse, mais la journée suivante fut bonne, l'examen de la gorge ne révéla rien d'anormal à M. le docteur Biérent, de plus le thermomètre n'accusa aucune élévation ; le 28, le petit malade fut un peu chagrin, la fièvre apparut et

un léger cornage s'établit ; enfin le vendredi 29 la fièvre tomba il est vrai, mais la voix s'éteignit, le cornage s'accentua, le tirage apparut et, comme dans l'après-midi ces symptômes ne firent que s'accentuer, mon confrère me fit chercher. A neuf heures du soir je me rendis à Hellemmes auprès du petit malade, et devant tous les symptômes d'une asphyxie nettement caractérisée (affaissement marqué, état vultueux de la face, disparition du murmure vésiculaire), nous fûmes d'avis, M. le docteur BIÉRENT et moi, de faire le tubage immédiatement. Un tube long, en rapport avec l'âge de l'enfant, est placé assez facilement dans le larynx et l'auscultation permet de constater que l'air pénètre bien dans la poitrine; toutefois le soulagement n'est pas immédiat, l'enfant supporte assez mal l'appareil, il tousse d'une façon continue et il faut une dizaine de minutes pour que le larynx s'habitue au contact du tube. Deux injections de liquide antidiphtérique ont été faites : une le matin (20 centimètres cubes), l'autre un peu avant le tubage (10 centimètres cubes).

Lundi 2 décembre. — Le petit malade est aussi bien que possible, la respiration est facile et la fièvre est complètement tombée : le tube étant en place depuis soixante heures environ, je crois le moment venu de le retirer, et comme l'enfant a coupé le fil et qu'il est mal aisé avec une pince de saisir l'anse restée attachée au tube (parce qu'elle a été déglutie), j'exerce une pression sur le larynx tout en inclinant la tête en avant, et bien que je me sois servi d'un tube long, je l'amène facilement au dehors.

Mercredi 4. — Je retourne auprès de l'enfant que je trouve dans les meilleures conditions ; la gorge, débarrassée de toute concrétion, est encore un peu rouge, mais l'air distend les deux poumons et ni l'auscultation, ni la percussion, ne révèlent absolument rien d'anormal. Le petit malade est faible, cependant j'essaie de lui faire faire quelques pas : on peut, à mon avis, considérer la guérison comme presque assurée.

Vendredi 6. — La journée du jeudi s'était bien passée et il n'y avait rien eu à noter sauf de l'aphonie, quand dès le vendredi matin, un léger cornage s'établit et le tirage reparut ; comme l'examen de la poitrine ne relatait rien d'anormal et que le thermomètre ne marquait que 37°,5, on était donc vraisemblablement en présence, soit d'un simple gonflement des cordes vocales, soit de la formation d'une nouvelle fausse membrane. Dans le courant de l'après-midi le cornage et le tirage s'accentuèrent, aussi M le docteur BIÉRENT conseilla-t-il de me faire revenir ; à sept heures, j'étais auprès de mon petit opéré. A mon arrivée, je trouve l'enfant couché, la face est vultueuse, l'air en passant à travers l'orifice du larynx produit un bruit très net, et si l'auscultation de la poitrine permet de constater que le murmure vésiculaire existe encore, il est manifestement diminué : l'obstacle laryngé s'est donc reproduit et il est indispensable de procéder à un nouveau tubage. Je monte sur l'introducteur le tube qui m'a servi quelques jours auparavant, et à la première tentative il est mis en place. Le soulagement est immédiat et l'enfant, qui, quelques instants auparavant, était fort oppressé, respire maintenant librement, enfin l'air distend complètement les poumons. Un certain nombre de crachats sanguinolents sont rejetés et avec eux quelques mucosités plus épaisses et des fausses membranes liquéfiées venant certainement de la trachée ou des bronches. Il est convenu avec mon collègue que si la fièvre réapparaissait, on ferait une nouvelle injection de sérum anti-diphtérique.

Dimanche 8. — Depuis que le tube a été remis en place, l'oppression n'a pas reparu et la fièvre ne s'est pas montrée, aussi l'injection, qui à ma dernière visite n'avait été décidée que d'une façon éventuelle, n'a-t-elle pas été faite. La nuit de samedi à dimanche, sans être mauvaise, a été moins bonne que la précédente, l'enfant qui avait, il est vrai, dormi une partie de la journée, n'a guère reposé ; il est probable que l'absence de sommeil tient à cette cause, car je trouve le petit malade dans de bonnes conditions, l'air pénètre librement dans les poumons et la sonorité est parfaite du haut en bas des deux côtés. Apyrexie. On pourrait peut-être enlever le tube, mais comme l'enfant paraît bien le supporter et que la déglutition se fait assez convenablement, dans la crainte de devoir remettre encore l'appareil, il est décidé qu'on le laissera.

Lundi 9. — Le petit malade se trouve dans de bonnes conditions, le tube est retiré.

Mercredi 11. — Depuis le retrait de l'appareil, l'oppression ne s'est plus montrée. Comme la faiblesse est assez grande, l'alimentation, qui se compose de lait, d'œufs et de peptone, va être renforcée. De plus, pour s'opposer autant que possible au retour des accidents de sténose, il est convenu qu'on continuera à entretenir une buée dans la chambre, et qu'on administrera un peu de sirop de codéine.

Depuis le mercredi 11, je ne suis plus retourné près de mon petit malade, mais j'ai su par une parente, que l'enfant avait éprouvé à différentes reprises une assez grande gêne respiratoire, qui ne revenant qu'à certains intervalles et allant presque jusqu'à la syncope, ressemblait bien plutôt à un spasme qu'à une sténose réelle du larynx ; cette gêne respiratoire a fini par céder aux moyens indiqués plus haut. Ce n'est que le 1er janvier 1902 que l'enfant put être considéré comme rétabli.

Cette observation présente un certain intérêt, car au bout de quatre jours, il a été de toute nécessité de recourir à une nouvelle intubation. Dans toutes les observations de tubage que j'ai faites (et qui s'élèvent à 130 environ), je ne crois pas avoir été obligé de replacer le tube au bout d'un temps aussi long. A ce propos, je ferai remarquer qu'au début de mes intubations, j'avais pour habitude de retirer le tube le quatrième jour et rarement j'étais obligé de devoir replacer l'appareil ; maintenant, pour me conformer à la tendance générale, j'enlève le tube le deuxième ou le troisième jour, et un certain nombre de fois j'ai été obligé de le remettre. Je me demande donc quand

le petit malade réside un peu loin, s'il n'y aurait pas lieu de laisser le tube en place un peu plus longtemps qu'on le fait d'ordinaire, dans l'espoir d'éviter une nouvelle intervention.

Observation VI. — *Angine et croup (bacilles longs de la diphtérie) chez un enfant de quatre ans et dix mois. — Injections de liquide anti-diphtérique. — Tubage. — Retubage. — Mort instantanée.* — Le dimanche 15 décembre 1901, les parents du jeune D... remarquèrent que leur enfant était souffrant, toutefois M. le docteur Delplanque ne fut mandé que le lundi. Le petit Maurice D..., âgé de quatre ans et dix mois, se plaignait de la gorge, mais cette affection ne paraissait pas, au début, revêtir un caractère grave. L'injection anti-diphtérique ne fut faite que le lendemain.

Mercredi 18. — Depuis la veille les symptômes se sont aggravés, le larynx est manifestement pris et la respiration est difficile. Dans la matinée je vois le petit malade avec mon collègue et devant tous les symptômes d'une sténose laryngée bien nette le tubage est décidé. L'opération ne présente rien de particulier et une fois le tube en place la gêne respiratoire disparaît. Deuxième injection anti-diphtérique.

Vendredi 20. — A neuf heures et demie, je revois l'enfant avec M. le docteur Delplanque : la respiration est facile, l'air distend complètement les poumons et la sonorité existe du haut en bas des deux côtés. Apyrexie. Dans ces conditions, nous décidons d'enlever le tube ; nous restons environ un quart d'heure près du petit malade, et comme la respiration continue à se faire convenablement et que l'auscultation permet de constater l'arrivée de l'air dans la poitrine, nous nous retirons, certains, qu'il n'y a pas à craindre de voir le retour rapide d'accidents asphyxiques.

Jusque vers midi l'enfant ne ressentit aucune oppression, mais à partir de ce moment la scène changea et la respiration devint difficile ; on vient me chercher, à une heure je suis près du petit malade et je constate que la gêne respiratoire est très marquée. Il n'y a pas de temps à perdre, je prends le tube long, qui m'a déjà servi et je le place sans difficulté dans le larynx. L'introduction du tube, qui, d'ordinaire, produit une amélioration rapide, n'amène pas de sédation dans les phénomènes asphyxiques ; loin d'être soulagé, l'enfant devient bleuâtre, s'asphyxie, je crains même de le voir succomber. A toute occurrence, et sans trop comprendre ce qui se passe, je retire rapidement le tube et je flagelle vigoureusement la figure de l'enfant. Sous l'influence de ces différents moyens, au bout de quelques minutes, l'enfant revient à lui et rejette bientôt une fausse membrane épaisse, longue de quatre centimètres environ, fausse membrane que j'avais sans doute refoulée avec mon tube. Comme la gêne respiratoire cesse presque aussitôt et que l'air distend les poumons, je laisse l'enfant sans appareil, bien heureux de lui avoir vu traverser cette crise effrayante. A quatre heures on me rappelle, les phénomènes de sténose laryngée se sont reproduits ; il n'y a pas à hésiter, il faut procéder à une nouvelle intubation et le tube, une fois mis en place, l'enfant rejette à nouveau une fausse membrane assez longue et assez épaisse. Cette fausse membrane, qui est un peu moins volumineuse que celle rejetée tout-à-l'heure, provient de la partie sous-laryngée et a dû passer par la lumière de l'appareil. Température 38,7°. Vers sept heures et demie je revois mon petit malade, il est bien revenu de la crise qu'il a eue, sa figure est bonne et l'air distend les poumons. Température 38°.

Samedi 21. — La nuit s'est assez bien passée, l'enfant est revenu ce qu'il était vingt-quatre heures auparavant. Rien d'anormal à signaler dans la poitrine et l'examen de la gorge permet de constater aussi une grande amélioration, les fausses membranes sont moins épaisses et la luette n'est plus aussi rouge que précédemment, Aucun incident dans la journée. Apyrexie.

Dimanche 22. — Le mieux continue ; la respiration est facile et l'auscultation et la percussion ne permettent de constater rien d'anormal du côté des poumons ; il existe toutefois quelques râles dans les gros tuyaux bronchiques, et l'enfant a maigri. Il y aurait lieu dans toute autre circonstance de songer à retirer le tube, mais vu l'étendue des fausses membranes je préfère encore le laisser.

Lundi 23. — Voici trois jours et demi que le tube a été mis en place pour la dernière fois et comme la maladie remonte à une huitaine de jours et que 40 centimètres cubes de sérum ont été injectés, je procède au détubage. L'alimentation va être augmentée.

Mercredi 25. — A huit heures du matin on court chez moi en disant que le petit malade se meurt, et quand pas dix minutes après j'arrive dans la maison, je ne puis que constater le décès de l'enfant.

La façon dont le petit malade est mort est assez particulière. J'avais vu l'enfant pour la dernière fois la veille à neuf heures et demie du matin, avec M. le docteur Delplanque, et quoique le malade, par suite d'une alimentation insuffisante pendant toute une semaine, avait paru un peu faible, nous l'avions trouvé dans une situation relativement satisfaisante et tout faisait espérer et même prévoir la guérison. L'examen réitéré de la poitrine nous avait permis de constater l'intégrité absolue des organes thoraciques, le petit malade n'a donc certainement pas succombé à une lésion des poumons ; comme l'enfant ne buvait pas au moment de la crise, l'issue fatale ne peut donc pas être rattachée à une asphyxie due à un spasme, comme cela se produit parfois, quand un peu de liquide vient à s'engager sous l'épiglotte.

L'enfant a dû certainement succomber par le cœur, par parésie de cet organe : d'abord la mort par syncope est la seule qui se produise si rapidement et du reste j'avais remarqué que depuis quelques jours les battements cardiaques étaient si faibles, que j'avais ordonné de l'extrait fluide de Kola.

Observation VII. — *Angine et croup (à bacilles de Lœffler et à staphylocoques chez un enfant de onze mois et seize jours. — Tubage. — Paralysie diphtérique. — Guérison.* — Le mardi 18 mars 1902, au soir, M. D.. , de La Madeleine, dont j'avais déjà quelques mois auparavant (28 décembre 1901) opéré un autre enfant, vint me chercher pour tuber son fils, âgé de onze mois et seize jours. Le jeune Paul D..., très bel enfant, bien qu'il ait été en grande partie nourri au biberon, était tombé malade le dimanche 16 et dès ce jour non seulement il perdit l'appétit, mais il commença à être oppressé. Le lundi 17, M. le docteur Benoit fut prévenu et dès sa première visite, en se basant sur l'état de la gorge (rougeur, fausses membranes) et sur la gêne respiratoire, mon collègue posa le diagnostic d'angine couenneuse avec tendance à propagation au larynx, et fit dans la journée une injection de sérum antidiphtérique (10 centimètres cubes). Le mardi matin, 18, la situation n'était guère changée et les plaques pharyngées existaient toujours ; à midi mon collègue revit le petit malade et constata que la gorge était presque débarrassée de ses concrétions et que la respiration n'était pas plus difficile tant et si bien qu'il espéra que la situation allait s'améliorer, quand vers quatre heures le tirage commença à s'établir. A sept heures et demie la gêne respiratoire était si marquée qu'on décida de me faire chercher. A neuf heures j'étais auprès de l'enfant avec mon confrère ; quoique fortement affaibli, le murmure vésiculaire s'entendait encore, la dépression épigastrique était très marquée des deux côtés, le regard dénotait une grande anxiété, la voix était éteinte, enfin l'examen de la gorge permettait de constater, outre une rougeur généralisée à tout le pharynx, des concrétions blanchâtres peu épaisses, mais assez étendues sur les deux amygdales, et l'amygdale droite en était pour ainsi dire complètement tapissée. Dans ces conditions, étant donné surtout le jeune âge de l'enfant, et son éloignement de Lille, il ne saurait être question de retarder l'intervention. Il ne pouvait ici y avoir d'hésitation sur le tube à choisir, je prends le tube du plus petit calibre et sans difficulté à la première tentative, je l'introduis dans le larynx. L'enfant rejette des mucosités, fait quelques efforts, mais finit par s'habituer à l'instrument; l'air maintenant distend les poumons, tout va aussi bien que l'âge de l'enfant le permet. Température 38°4. Une seconde injection de liquide anti-diphtérique est faite.

Mercredi 19. — Par suite d'une absence forcée, je ne revois le petit malade que le mardi à quatre heures et demie. L'auscultation permet de constater que l'air pénètre facilement dans les poumons et qu'il n'y a pas de râles, rien d'anormal non plus à la percussion ; quant aux concrétions pharyngées, elles existent toujours. Température 39°3. M. le docteur Benoit, pour abaisser cette haute température, avait ordonné les bains tièdes : je conseille d'intercaler entre les bains un lavage à 22 degrés. Le soir le thermomètre marque 39°9.

Jeudi 20. — La nuit a été un peu agitée, mais à ma visite de midi, je trouve l'enfant dans un état assez satisfaisant, l'air pénètre aisément dans les deux poumons, la respiration est facile ; aussi bien que je fusse arrivé avec l'intention de retirer le tube à cause du jeune âge de l'enfant, quitte à le remettre ensuite si cela était nécessaire, je me décide à le laisser en place. Aujourd'hui la gorge est presque complètement débarrassée des fausses membranes et la fièvre est tombée. Température 37°9. Le pharynx est gratté, puis les mucosités recueillies sont envoyées à l'Institut Pasteur ; toutefois, vu la disparition des concrétions, je me demande si l'examen bactériologique pourra donner une réponse suffisamment péremptoire.

Vendredi 21. — L'enfant est affaissé et les yeux sont moins bons ; l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal du côté de la poitrine, et d'autre part les concrétions n'ont pas reparu, mais le thermomètre est remonté à 39°7. Comme le tube est en place depuis 60 heures environ, je l'enlève; l'enfant supporte bien le retrait de l'appareil et l'air continue à distendre les poumons. Les bains, qui avaient été supprimés, sont de nouveau donnés.

Samedi 22. — La respiration a continué à se faire d'une façon convenable, l'auscultation de la poitrine ne révèle rien de bien particulier, toutefois le déplissement pulmonaire est un peu moins ample à la base gauche, et dans cet endroit il y a une légère matité. Quoique la situation soit plutôt rassurante, le thermomètre monte assez haut. Température 39°5. Continuation du traitement institué précédemment. L'examen fait à l'Institut Pasteur ayant révélé l'existence des bacilles de Lœffler une troisième injection antidiphtérique est faite.

Lundi 24. — En auscultant le petit malade on a maintenant l'explication de la haute température constatée les jours précédents ; il existe, en effet, à gauche, dans une assez grande partie du poumon, une pneumonie caractérisée par un souffle et l'on trouve à ce niveau une matité assez étendue. Température 40. Les bains tièdes sont continués, et si la fièvre augmente on aura recours de nouveau aux lavages.

A partir de ce jour je n'ai plus suivi le petit malade, mais j'ai su que la pneumonie avait continué son cours, et que M. le docteur Benoit le soigna jusqu'au samedi 29 pour cette affection. Voici, du reste, les températures relevées depuis le 24 : 25 mars, 39°8 ; 26, t. 38°4 ; 27, t. 39°8 ; 28, t. 38°5 ; 29, t. 37°4. Le dimanche 6 avril on retourna chercher M. le docteur Benoit, qui avait bien quelques jours auparavant remarqué une certaine difficulté de la déglutition, mais qui, ce jour-là, constata une paralysie diphtérique du voile du palais. La déglutition étant impossible, on fut obligé plusieurs fois par jour de recourir au gavage, et pendant deux ou trois semaines le petit malade fut nourri exclusivement de cette façon ; ce n'est qu'à ce moment qu'on essaya de faire passer une alimentation demi-solide. Le rétablissement ne fut complet qu'au commencement de mai.

Cette observation méritait d'être rapportée comme l'a été l'observation III; elle montre en effet et même mieux encore que celle-ci que l'on peut maintenant, avec la nouvelle intervention, espérer guérir des enfants en

très bas âge, alors qu'il surviendrait par surcroît une complication pulmonaire. Je ferai remarquer qu'on ne saurait ici émettre aucun doute sur la nature réellement diphtérique de la maladie, puisque le microscope a décelé le bacille de Lœffler, et que le petit malade, au bout de quelques semaines, a eu une paralysie du pharynx.

Observation VIII. — *Angine et croup (bacilles de Lœffler et streptocoques). — Tubage. — Guérison.* — Le samedi 14 mars 1903, vers six heures et demie du matin, je reçus de M. le docteur Delespierre un petit mot, me demandant d'aller le plus vite possible à Wambrechies pour tuber un enfant atteint de croup. Le jeune Aduppe, G..., âgé de cinq ans et demi, jouissant habituellement d'une très belle santé, était souffrant depuis quatre à cinq jours, toutefois ses parents ne croyant qu'à un simple rhume, n'appelèrent le médecin que le vendredi 13 dans la journée. Dès sa première visite, en se basant sur la rougeur de la gorge, sur deux petites fausses membranes situées sur l'amygdale droite, ainsi que sur la raucité de la voix et les troubles respiratoires, M. le docteur Delespierre posa le diagnostic d'angine diphtérique et de croup, et fit dans la soirée une injection de vingt centimètres cubes de liquide anti-diphtérique. Le samedi matin, vers quatre heures, l'état de l'enfant empira, on alla chercher mon confrère, qui fit une nouvelle injection de dix centimètres cubes de liquide anti-diphtérique et conseilla de me faire revenir de bonne heure. A sept heures trois quarts j'étais à Wambrechies. La gêne respiratoire était si prononcée, l'affaissement si complet et le tirage si manifeste, que je ne cherchai même pas à faire parler l'enfant, je me bornai à l'ausculter et cet examen me permit de constater que l'obstacle à l'entrée de l'air était dès plus marqués, et qu'à droite le murmure vésiculaire était complètement disparu. Il n'y avait pas un seul moment d'hésitation possible, il fallait intervenir immédiatement, je préparai donc deux tubes longs, l'un pour troisième et quatrième année, l'autre pour la cinquième et la septième année, et je fus assez heureux à la première tentative pour introduire le plus gros de ces tubes dans le larynx. La révolte du larynx ne fut pas bien grande, et l'air arriva facilement dans les poumons. Je quittai l'enfant en disant aux parents de veiller à ce qu'on ne touchât pas au fil, et en leur conseillant de donner à boire au petit malade le moins possible pour éviter les accès de toux ; de plus, je recommandai au père, si toutefois la gêne respiratoire arrivait progressivement, d'avertir mon collègue, mais si une violente oppression survenait tout à coup et s'accompagnait de phénomènes asphyxiques, mais dans ce cas seulement, de tirer sur la ficelle, de manière à retirer le tube.

Dimanche 15. — La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier, la nuit et la journée du dimanche se passèrent assez bien et le thermomètre marqua le matin 38° et le soir 37°5, mais vers sept heures et demie, l'enfant, qui reposait, se réveilla, se mit à rejeter quelques crachats sanguins, et fut pris en quelques instants d'une suffocation telle, que les parents crurent qu'il allait mourir. Se souvenant de mes recommandations le père tira sur la ficelle et l'enfant revint à lui quelques instants après. M. le docteur Delespierre, que l'on était allé chercher, constata que la respiration se faisait convenablement, aussi ne jugea t-il pas nécessaire de me faire prévenir pour intervenir.

Lundi 16. — Je trouve mon petit opéré dans une situation satisfaisante ; la fièvre est tombée, l'air pénètre bien dans la poitrine et si la gorge est encore rouge, elle est débarrassée des fausses membranes.

On peut considérer l'enfant comme guéri.

L'examen des mucosités recueillies fait à l'Institut Pasteur indique qu'il s'agit d'une diphtérie associée (bacilles de Lœffler, streptocoques).

Comme on a pu le voir par ce que j'ai dit dans ce travail relativement au retrait ou à la conservation du fil, je suis en général partisan de laisser l'amarre après l'intubation. Mais si cette pratique peut être discutée, quand l'enfant tubé est soumis à une étroite surveillance, qu'il soit hospitalisé ou que l'on ait placé près de lui un élève compétent, je crois que cette manière de faire s'impose lorsque le petit opéré est abandonné aux seuls soins de l'entourage. Que serait-il advenu pour cet enfant, qui habitait en pleine campagne, si à un moment donné le père n'avait pas pu retirer le tube ?

Observation IX. — *Angine et croup diphtérique (à bacilles de Lœffler) chez un enfant de cinq ans et demi. — Injection de sérum anti-diphtérique. — Guérison.* — Le 16 juillet 1903, M. le docteur Delespierre vint lui-même me chercher, pour aller voir à Wambrechies une de ses jeunes clientes, la petite Jeanne G..., âgée de cinq ans et demi, atteinte de croup. L'histoire de cette enfant est la reproduction de ce qui se passe malheureusement d'une façon habituelle ; depuis la semaine précédente, cette enfant était enrhumée et le lundi, quoiqu'elle allât encore en classe, elle se plaignait de la gorge et avait la voix cassée ; le mercredi l'enfant refusa de manger, mais ce ne fut que le jeudi 16, vers quatre heures du matin, que les parents, effrayés de l'état de leur enfant, allèrent chercher M. le docteur Delespierre. La gêne respiratoire, la raucité de la toux et l'altération de la voix firent de suite penser à mon collègue, qu'il se trouvait en face d'un cas de croup et immédiatement une injection de dix centimètres cubes de sérum anti-diphtérique fut faite. Cette médication tardive n'arrêta pas la marche des symptômes, et vers deux heures le tirage était si net, que M. le docteur Delespierre vint à Lille me chercher. A cinq heures, quand j'arrive à Wambrechies, la petite Jeanne est fort abattue, sa voix est profondément altérée, éteinte même, le titrage épigastrique est manifeste, enfin par l'auscultation je constate que l'air arrive un peu dans la poitrine, mais que le murmure vésiculaire est complètement cou-

vert par le sifflement laryngé ; l'intervention s'impose.

Je prépare deux tubes, l'un pour la troisième et la quatrième année, l'autre pour la cinquième et la sixième, et vu la résidence éloignée de l'enfant, dans l'espoir d'obtenir une stabilité plus grande de l'appareil, je monte le plus gros de ces tubes sur l'introducteur. La petite fille, qui est assez nerveuse, se prête de mauvaise grâce à mon intervention, et oppose une résistance assez grande à la mise en place de l'ouvre-bouche. Cet instrument une fois installé, je me mets en demeure de placer le tube dans le larynx, seulement par suite de la longueur du tube, pour que l'extrémité de l'appareil puisse pénétrer dans le larynx, je suis obligé de refouler un peu en haut le voile du palais, et pendant ces tâtonnements un spasme se produit, la figure de la petite malade se décolore, les yeux se ferment, les lèvres se cyanosent, la mort semble imminente. Je fais respirer du vinaigre à l'enfant, je lui flagelle la figure avec un linge trempé dans l'eau froide, à l'aide d'une pince à forcipressure j'exerce des tractions rythmées sur la langue, et au bout d'une dizaine de minutes de lutte, M. le docteur Delespierre et moi, nous avons le bonheur de voir l'enfant revenir à la vie.

Je laisse reposer la petite malade quelques instants, je monte le tube n° 3 (celui de troisième et de la quatrième année) sur l'introducteur et j'arrive assez facilement à mettre ce tube dans le larynx. Seulement l'organisme est tellement en déchéance, les réflexes sont encore si peu sensibles, qu'après l'introduction du tube dans le larynx, le soulagement n'est pas complet immédiatement, et qu'il faut encore plusieurs minutes avant que la respiration s'établisse d'une façon convenable ; toutefois, je constate que l'air pénètre convenablement dans les poumons. L'enfant, reporté dans son lit, repose tranquillement, et, au bout d'une vingtaine de minutes, je puis quitter la malade sans arrière-pensée. Après l'opération la petite fille a rejeté une fausse membrane, qui sera envoyée à l'Institut Pasteur de Lille.

Samedi 18. — Mes prévisions ne se sont pas trompées, la petite malade s'est remise du terrible assaut, qu'elle a traversé, toutefois elle reste encore un peu abattue. L'auscultation permet de constater que l'air pénètre bien dans les poumons et c'est à peine si on entend quelques râles dans les gros tuyaux bronchiques ; à la percussion, aucune altération du côté de la poitrine. Une seconde injection de dix centimètres cubes de liquide antidiphtérique est faite. Soir, température 37°5.

Lundi 20. — Aucun symptôme fâcheux n'est survenu ; aujourd'hui la figure a repris son aspect naturel, et l'enfant boit sans trop s'étrangler. L'examen de la poitrine ne fait découvrir rien d'anormal. Je retire le tube et je reste un quart d'heure près de l'enfant, il n'apparaît aucune gêne respiratoire. Apyrexie. L'enfant peut être considérée comme guérie.

L'examen de la fausse membrane, fait à l'Institut Pasteur, démontre qu'il s'agit d'une diphtérie pure.

Bien que ce cas ne figure pas sur le tableau publié plus haut (c'est le premier cas d'une autre série), j'ai tenu toutefois à le rapporter, ne sachant pas quand l'autre série paraîtra. Ce cas est en effet assez intéressant ; il démontre en effet, qu'on aurait tort de regarder l'intubation comme une intervention toujours bénigne, et que si le tubage ne comporte pas ordinairement la gravité qu'entraîne toute trachéotomie, il peut offrir aussi quelques aléas. Ma petite malade avait cinq ans et demi, elle était loin d'être à bout de force, je crois pouvoir dire que j'ai une certaine habitude de cette opération, et cependant j'ai failli voir ma petite opérée mourir entre mes bras. Tout a bien tourné, puisque l'enfant s'est remise assez rapidement du spasme, qui s'était manifesté lors de l'opération, et qu'en quelques jours elle était guérie de sa laryngite diphtérique, mais il découle de cette observation d'abord, qu'il ne faut pas trop insister quand on cherche à introduire dans le larynx un tube supérieur à l'âge ou au développement du malade dans la crainte d'entraver la respiration, deuxièmement, qu'on devrait, chaque fois que l'on tube, avoir à sa disposition une pince à langue, et aussi les instruments nécessaires pour faire d'urgence la trachéotomie, dans le cas où une asphyxie ou une syncope viendrait à se produire.

Statistique portant sur 100 cas consécutifs de tubage pour croup

NOMS ET PRÉNOMS	AGE	DEMEURES	MÉDECIN TRAITANT	RÉSULTATS	VARIÉTÉS	Date de l'intervention
1 V.., Marie	2 ans, 2 mois	A Wattignies	MM. Baviat	Guérison	Streptocoques	19 juin 1895
2 D..., Germaine	6 ans, 6 mois	A Annappes	Détroy	Id.	»	20 juillet 1895
3 D..., Léon	2 ans, 2 mois	A Annappes	Détroy	Mort	»	28 août 1895
4 D..., Sophie	5 ans, 6 mois	A Flers	Détroy	Guérison	»	2 nov. 1895
5 J..., Marcel	6 ans	A Flers	Détroy	Id.	»	1 janv. 1896
6 B.., Gaston	4 ans, 6 mois	A Canteleu	Foucaut	Id.	»	3 février 1896
7 G..., Alexandre	2 ans, 4 mois	A Canteleu	Foucaut	Mort	»	18 février 1896
8 B..., Clémence	6 ans	A Marcq	Masson	Id.	»	11 février 1896
9 D..., Zoé	5 ans, 4 mois	A Pérenchies	Decarpenteries	Guérison	»	28 février 1896
10 P..., Léon	16 mois	A La Madeleine	Masson	Id.	»	24 avril 1896
11 A..., René	5 ans	A Hellemmes, rue Pierre-Legrand	Vanhenverswyn	Id.	»	12 mai 1896
12 C..., Aimée-Marie	4 ans, 10 mois	A Pérenchies	Decarpenteries	Id.	»	4 juillet 1896
13 T..., Maurice	3 ans	A Annappes	Detroy	Id.	»	28 juillet 1896
14 O..., Lucien	3 ans, 1 mois	Rue Solferino, 200	Quint	Id.	»	26 août 1896
15 V..., Albert	4 ans	Rue de Paris	Hochstettr	Mort	»	27 sept. 1896
16 D..., Emile	1 an	Rue Barthélemy-Delespaul	Vermersch	Id	»	24 oct. 1896
17 D..., Paul	2 ans, 9 mois	Avenue Maquart	Derede-Foucaut	Guérison	»	23 nov. 1896

NOMS ET PRÉNOMS	AGE	DEMEURES	MÉDECIN TRAITANT	RÉSULTATS	VARIÉTÉS	Date de l'intervention
18 P..., Angèle.......	1 an, 9 mois	Rue St-Hubert	MM. DERODE	Mort	Streptocoques	12 déc. 1896
19 L..., Judith.......	5 ans	Rue de Flandre	VERMERSCH	Guérison	»	18 déc. 1896
20 De W...............	2 ans	Rue Pasteur, 15	VANHENVERSWYN	Mort	»	2 janv. 1897
21		A Bouchain	HAVEZ	Id.	»	11 janv. 1897
22 P..., Louise	2 ans, 1 mois	Cour du Beau-Bouquet	LINGRAND	Guérison	»	16 janv. 1897
23 C..., Arthur.......	2 ans, 4 mois	Cour du Vacher, r. de la Barre	BALTUS	Mort	»	3 février 1897
24 P..., Suzanne......	2 ans	A Canteleu	FOUCAUT	Guérison	»	4 mars 1897
25 D..., Raymond ...	3 ans	Rue Buffon	DESOIL	Id.	»	11 mars 1897
26 A..., Louis.......	1 an, 10 mois	Faubourg du Sud	VERSMERSCH	Mort	»	6 mai 1897
27 B..., Léa	5 ans	R. du Long-Pot prol. (Fives)	WARTEL	Guérison	»	29 mai 1897
28 H..., Marcel	4 ans	Rue de la Justice	VERMERSCH	Mort	»	1er août 1897
29 P..., Arthur.......	2 ans, 2 mois	Rue Malsence	VANHENVERSWYN	Guérison	»	21 sept. 1897
30 G..., Isidore	2 ans, 6 mois	Porte de Valenciennes	VANHENVERSWYN	Id.	»	21 oct. 1897
31 D..., Georges	4 ans, 3 mois	Canteleu	FOUCAUT	Id.	»	15 nov. 1897
32 D.., Madeleine ...	3 ans, 8 mois	Rue Kléber	HOCHSTETTER	Id.	»	31 déc. 1897
33 V..., Victorine.....	5 ans	Marcq-en-Barœul	DUTROQUET	Id.	»	3 janv. 1898
34 V..., René........	2 ans, 2 mois	Route de Lannoy	VANHENVERSWYN	Id.	»	10 mars 1898
35 M..., Félix.........	2 ans	Rue de Wazemmes, 120	VERMERSCH	Mort	»	16 avril 1898
36 V..., Constant......	10 mois	R. Pierre-Legrand (Cité Frevest)	VANHENVERSWYN	Guérison	»	30 juin 1898
37 V..., Pierre.......	4 ans, 6 mois	Rue Magenta	VERMERSCH	Id	»	23 juillet 1898
38 H..., Berthe	2 ans	Canteleu	MIZON	Mort	»	17 août 1898
39 L..., Madeleine	1 an, 7 mois	Rue Belle-Vue (Fives)	VANHENVERSWYN	Id.	»	7 oct. 1898
40 M..., Marie-Louise .	7 ans	Place St-Martin	DELMOTTE	Guérison	»	14 nov. 1898
41 L..., Madeleine	2 ans, 7 mois	Rue Barthélemy-Delespaul	BUÉ	Id.	»	15 nov. 18 8
42 M..., Pierre........	4 ans, 6 mois	A Marcq	DURAY	Mort	»	24 nov. 1898
43 L..., Alice.........	1 an	A Canteleu	SOUGNIEZ	Guérison	»	19 déc. 1898
44 Q..., Edouard... ..	5 ans, 10 mois	A Marquette	CHUFFART	Id.	»	21 février 1899
45 H..., Marie-Louise .	1 an, 10 mois	Rue de Lens, 81	GUIBERT	Id.	»	3 mars 1899
46 L..., Albert	2 ans	A St-André	ELLART	Mort	»	19 avril 1899
47 L..., Martha.......	2 ans, 8 mois	Rue des Bois Blancs (Canteleu)	FOUCAUT	Guérison	»	19 mai 1899
48 M..., Léa	1 an, 8 mois	Rue Lenty, 45 (Fives)	VANHENVERSWYN	Mort	»	20 juin 1899
49 D..., Elise.........	5 ans	Marais-de-Lomme	FOUCAUT	Guérison	»	3 juillet 1899
50 D..., Andréa.	4 ans, 9 mois	A Loos	JACQMARCQ	Id.	»	27 août 1899
51 W............	3 ans	A Hellemmes.	BIERENT	Id.	»	7 sept. 1899
52 L..., Marie	1 an. 6 mois	A Canteleu	SOUGNIEZ	Mort	»	13 sept. 1899
53 C..., Léon	3 ans, 6 mois	Boulevard de la Liberté, 71	CHOTIN	Guérison	Streptocoques et Bacilles de Lœffler	21 oct. 1899
54 D..., Suzanne......	7 ans	Rue Brûle-Maison	VERMERSCH	Id.	Bacilles de Lœffler	23 oct. 1899
55 C..., Suzanne......	3 ans, 6 mois	Rue des Ponts-de-Comines	CHOTIN	Id.	»	11 nov. 1899
56 D..., Félix	4 ans, 6 mois	Loos	JACQMARCQ	Id.	»	19 nov. 1899
57 V..., Reins........	3 ans, 6 mois	Loos	JACQMARCQ	Id.	»	24 nov. 1899
58 G..., Gaston	4 ans	Rue Bernard (Fives)	W	Id.	»	9 déc. 1899
59 H..., Henri	2 ans, 6 mois	Loos	JAE	Id.	»	18 déc. 1899
60 L..., Alcide........	3 ans, 6 mois	Rue de l'Ecole (La Madeleine)	BENOIT	Id.	»	27 déc. 1899
61 R..., Adrienne......	2 ans	Rue Vicart, 37	CHOTIN	Mort	»	17 janv. 1900
62 L..., Raymonde....	13 mois	Rue Pierre-Legrand (Hellemmes)	BIÉRENT	Id.	»	21 janv. 1900
63 M..., Raymonde ...	5 ans	Rue des Suaires	TURGARD	Guérison	»	31 janv. 1900
64 V............	5 ans	Rue du Bois d'Annappes	BIÉRENT	Id.	»	3 février 1900
65 L..., Léon..........	4 ans	Marcq-en-Barœul	DUCROQUET	Mort	»	10 février 1900
66 V..., Suzanne......	4 ans, 7 mois	Place St-Joseph	DERODE	Guérison	»	31 mars 1900
67 B..., Robert	3 ans, 8 mois	A Englos	FOUCAUT	Id.	»	13 avril 1900
68 D..., Juste (1).....	3 ans, 10 mois	Rue Gambetta, 200	LAMBIN	Mort	»	13 avril 19 0
69 C..., Claire	1 an, 10 mois	Rue Fontenelle	VERMERSCH	Id.	»	29 avril 1900
70 L..., Georges	9 mois	Rue des Postes, 84	VERMERSCH	Id.	»	20 août 1900
71 L..., Suzanne......	7 ans	Rue du Quai (La Madeleine)	TONNEL	Id.	»	21 oct. 1900
72 D..., Madeleine.....	7 ans	Rue du Molinel	CHOTIN	Guérison	Bacilles de Lœffler et streptocoques	9 déc. 1900
73 De P... Marcelle ..	16 mois	La Madeleine	BENOIT	Id.	Streptocoques	22 déc. 1900
74 V..., Gaston........	3 ans, 7 mois	Rue des Prêtres	LADRIÈRE	Id.	»	30 déc. 1900
75 P..., Andrée........	3 ans, 6 mois	A Haubourdin	JACQUET	Id.	»	30 déc. 1900
76 J..., Georges........	1 an, 10 mois	Rue de la Monnaie	DERODE	Id.	Bacilles de Lœffler	24 février 1901
77 N..., Simon........	1 an, 11 mois	Place de Rihour, 2	DEFAUX	Id.	Pneumocoques	16 mars 1901
78 R..., Marcel........	3 ans, 9 mois	A Marquette	DUCROQUET	Id.	»	18 mars 1901
79 D..., Maurice.......	3 ans, 6 mois	Rue St-Sébastien	LEFEBVRE	Id.	Staphylocoques	29 mars 1901
80 L..., Georges	7 ans, 6 mois	Rue de l'Eglise, à St-André	ELLART	Id.	Bacilles de Lœffler et Pneumocoques	11 avril 1901
81 C..., Lucien	3 ans	Boulev. du Maréchal-Vaillant	CASTELAIN	Id.	Bacilles de Lœffler	10 mai 1901
82 D..., Marcel	4 ans	Place des Reignaux	DELPLANQUE	Id.	»	17 sept. 1901
83 D. Raymonde.......	1 an, 10 mois	Rue d'Iéna	VERMERSCH	Mort	»	4 nov. 1901
84 D..., Léa	2 ans, 10 mois	A Thumesnil	MEURISSE	Guérison	»	10 nov. 1901
85 D..., Gabriel.......	5 ans, 2 mois	Rue Nationale, 260	BÉNISSON	Id.	»	26 nov. 1901
86 P..., Maurice.......	5 ans, 4 mois	Rue des Ponts-de-Comines	GÉRARD	Id.	»	29 nov. 1901
87 D..., Pierre........	3 ans, 9 mois	A Hellemmes	BIERENT	Id.	»	29 nov 1901
88 L..., Julienne......	1 an	Quai de l'Ouest	FOUCAUT	Mort	»	1er déc. 1901
89 M..., Julien........	2 ans, 6 mois	Rue des Augustins	DERODE	Guérison	Bacilles de Lœffler Streptocoques et staphylocoques	17 déc. 1901
90 D..., Maurice.......	4 ans, 10 mois	Rue de Paris, 82	DELPLANQUE	Mort	Bacilles de Lœffler	18 déc. 1901
91 M..., Norbert.......	2 ans, 6 mois	A St-André-lez-Lille	ELLART	Id.	Bacilles de Lœffler et staphylocoques	21 déc. 1901
92 D..., Henri	4 ans	La Madeleine	BENOIT	Guérison	»	29 déc. 1901
93 V..., Henri	2 ans, 5 mois	Rue de la Barre, 65	LADRIÈRE	Id.	Staphylocoques	24 février 1902
94 A..., Flore........	4 ans, 5 mois	Rue Fontenoy	DELPLANQUE	Mort	»	2 mars 1902
95 D..., Paul	11 mois, 16 j.	A La Madeleine	BENOIT	Guérison	Bacilles de Lœffler et staphylocoques	18 mars 1902
96 H..., Robert.......	4 ans, 9 mois	Cité Thiriez, à Loos	JACQMARCQ	Id.	Streptocoques et staphylocoques	1er août 1902
97 P..., Agnès........	7 ans	A Wambrechies	DELESPIERRE	Id.	Bacilles de Lœffler streptocoques et staphylocoques	10 déc. 1902
98 G..., Addulpe.......	10 mois	A La Madeleine	BENOIT	Mort	»	5 févr. 1903
99 B..., Raymond.....	5 ans, 6 mois	A Wambrechies	DELESPIERRE	Guérison	Bacilles de Lœffler	4 mars 1903
100 G..., Jeanne......	5 ans, 6 mois	A Wambrechies	DELESPIERRE	Id.	»	juillet 1903
				31 morts 69 guérisons		

(1) Tubage et trachéotomie secondaire.

Les mucosités ou les fausses membranes provenant de ces 100 cas consécutifs de croup ont été presque toutes portées à l'Institut Pasteur de Lille, les résultats qui ne figurent pas devant chaque nom c'est qu'ils ont été égarés.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêtés rectoraux, M. le docteur Breton a été chargé des fonctions de chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, en suppléance du docteur Ingelrans, candidat au concours d'agrégation, à dater du 1er novembre 1903.

M. Obers a été nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques en remplacement de M. Bardou, démissionnaire.

— Nous apprenons avec une vive satisfaction que MM. les docteurs Castelain et Painblan ont été nommés le premier médecin-major, le second médecin aide-major du corps des sapeurs-pompiers de Lille, et adressons à nos confrères nos meilleures félicitations à ce sujet.

— Comme suite à la démission de M. Chaix, reçu interne du dernier concours, la **Commission administrative des hospices** a décidé de nommer interne titulaire M. Lequette, premier interne provisoire, ex-æquo avec M. Chaix du reste pour les noter du jury. Elle a délibéré, en outre, qu'elle n'accorderait plus, dorénavant, le titre d'interne qu'autant que ce dernier se serait engagé à accomplir et aurait accompli une année de service effectif.

Soutenance de Thèse

M. C.-J.-A. Michelland, de Saint-Germain-du-Bois (Saône-et-Loire), a soutenu avec succès, le vendredi 27 novembre, sa thèse de doctorat (7e série no 3) intitulée : **Spasme de la glotte chez les enfants et auto-intoxication.**

M. J. Dhôtel, de Neufchâteau (Vosges), interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès le samedi 28 novembre sa thèse de doctorat (7e série no 4) intitulée : **Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro-costale.**

— Ont été promus dans le cadre des **Officiers de réserve et de l'armée territoriale** au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve MM. les docteurs Boutrois, de La Canché (Calvados) ; Monier, de Coudekerque-Branche ; Pujebet, de Tournehem (Pas-de-Calais) ; Desplats, de Lille ; Gillet, de Clermont-en-Argonne (Meuse) ; Debray, de Croisille (Pas-de-Calais) ; Gautois, de Watten (Nord) ; Charles, de Blanc-Misseron (Nord) ; Lefebvre, de Fruges (Pas-de-Calais) ; David, de Béthune (Pas-de-Calais), anciens élèves de notre Faculté.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

47e Semaine, du 15 au 21 Novembre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	6
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	6	3
2 à 5 ans	6	4
5 à 10 ans	2	2
10 à 20 ans	3	5
20 à 40 ans	15	15
40 à 60 ans	17	15
60 à 80 ans	20	19
80 ans et au-dessus	4	6
Total	92	79

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	9	16	12	22	9	10	6	5	13	4	9	115
TOTAL des DÉCÈS	4	9	6	14	4	10	6	2	10	2	3	70
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	4	6	4	4	1	7	2	1	3	1	2	35
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2
Autres tuberculoses	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Phtisie pulmonaire	»	»	1	»	1	»	1	»	1	»	»	4
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	»	»	2	»	»	2	»	»	1	1	6
Maladies organiques du cœur	»	»	»	3	1	»	»	1	»	»	»	5
Bronchite et pneumonie	»	»	»	4	»	2	1	»	2	»	»	9
Apoplexie cérébrale	»	1	1	1	»	»	»	»	2	»	»	5
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas Leblanc. Le Gerant : Th. CLERQUIN.

N° 360. Septième Année. N° 49. Le Numéro : 10 centimes 6 Décembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique dermato-syphiligraphique de l'Hôpital Saint-Sauveur

Syphilis de source médicale

par le professeur **Charmeil**

MESSIEURS,

Dans la revue que je poursuis devant vous de l'étiologie de la syphilis, je vous ai démontré par une surabondance de documents à quel point cette infection reconnaît souvent comme cause une origine extra-génitale, et combien l'on a eu raison de la proclamer « la moins vénérienne des affections vénériennes ». Il est un chapitre de cette « syphilis insontium », nom que l'on donne communément aux contaminations syphilitiques extra-génitales, qu'il me reste à aborder et qui nous offre un intérêt tout spécial, c'est la syphilis de source médicale. Je comprendrai sous cette rubrique tous les cas dans lequel le médecin ou, sous une forme plus compréhensive, toute personne faisant œuvre médicale, a pu être contaminée ou devenir le vecteur de la contagion.

Pour vous donner une idée immédiate de l'importance de cette étude, il me suffira de vous signaler que DUNCAN BULKLEY dans son admirable livre sur la « syphilis in the innocent », véritable monument élevé à l'étude de la syphilis insontium, a trouvé dans la littérature plus de cinq cents mémoires ou observations sur ces contaminations de source médicale, et qu'essayant de les classer, il a rangé les cas publiés dans quarante-six catégories. C'est vous dire que dans cette leçon, je pourrai tout juste effleurer le sujet.

Infection d'origine cadavérique. — Un certain nombre d'observations, dont la plupart, il est vrai, peuvent être discutées à cause de leur ancienneté semble démontrer que soit dans la pratique des autopsies, soit dans les exercices de dissection, il serait possible de contracter la syphilis. Le cas le plus connu est celui de HOURMANN, médecin de l'hôpital de Lourcine

qui aurait succombé aux suites d'une syphilis contractée à la main gauche en pratiquant une autopsie. Combien de temps un cadavre est-il dangereux à ce point de vue? Cette question n'est pas résolue.

Infection d'origine opératoire. — Infiniment plus fréquent est ce mode d'infection. Parmi les victimes d'une blessure au cours d'un acte opératoire, nous signalerons le professeur Von Zeissl et le professeur Scarenzio, l'illustre promoteur du traitement de la syphilis par les injections de calomel. Le cas du docteur Coote est intéressant en ce sens qu'il constituerait une des meilleures observations de réinfection syphilitique : à vingt-deux ans de distance, il aurait vu se développer la première fois un chancre du médius droit, la seconde fois un chancre de l'index gauche à la suite de piqûres au cours d'opérations chez des syphilitiques. Deux observations de Jullien méritent aussi une mention spéciale : il s'agit d'un chirurgien des hôpitaux se blessant avec une aiguille au cours d'une suture pratiquée chez une femme dont il ignorait la syphilis ; il fit saigner abondamment la petite plaie, chargeant son aide de terminer la suture. L'aide se blesse de la même façon, et tous les deux, trente-deux jours après, présentaient des signes d'infection générale, sans chancre au point blessé. Il se serait agi là, pense Jullien, d'infection sanguine, ayant constitué un exemple probant de « syphilis d'emblée ».

Infection au cours d'explorations cliniques. — Dans la grande majorité des cas, la pénétration du contage, expliquée par une lésion tégumentaire quelconque qui sert de « porte d'entrée », se fait au niveau de la main, ou mieux des doigts : cette lésion (Fournier) a consisté dans un traumatisme léger, piqûre d'épingle, éraflure, érosion de provenance quelconque ; tantôt dans une dermatose eczémateuse ou eczématoïde altérant et exfoliant l'épiderme, dans des crevasses du dos de la main ou des extrémités des doigts, comme par exemple, chez ce chirurgien infecté par des gerçures des doigts consécutives à de fréquentes ablutions d'acide phénique ou de sublimé ; le plus souvent peut-être dans ces petites lésions innominées en pathologie, que le vulgaire nomme des « envies », consistant en des soulèvements légers de languettes épidermiques que l'on a tendance à arracher en provoquant de légères excoriations toutes prêtes à absorber le virus. D'autres fois, la main souillée par des sécrétions virulentes ira, par grattage, par exemple, porter l'inoculation sur d'autres parties du corps : dans une observation de Buret, un médecin se trouvant au bain avec un de ses amis est prié par celui-ci de l'examiner : le médecin palpe le chancre que son ami lui présente, puis s'écorche un petit bouton dont il était porteur dans le dos ; résultat, quelques semaines après, syphilôme primaire du dos.

Assez souvent, les doigts souillés vont maculer des objets qui deviennent l'intermédiaire de la contagion ; un des élèves de Cullerier avait la mauvaise habitude en recueillant ses observations, de mettre son porte-plume entre ses lèvres pendant qu'il se livrait à la palpation des lésions suspectes ; les doigts souillés portèrent les sécrétions virulentes sur le porte-plume, et il en résulta un chancre des lèvres. Ou bien c'est un instrument dont s'est servi le médecin pour un examen qui transmet la contagion. Fournier rapporte l'observation suivante : un médecin, un des maîtres de ma génération, avait l'habitude de mâchonner ses coupe-papier de bois, tout en lisant. Un jour qu'il était en villégiature à sa campagne, une bonne du voisinage vient lui demander une consultation pour un mal de gorge dont elle souffrait depuis quelque temps. N'ayant rien autre sous la main que son coupe-papier, il s'en sert comme abaisse-langue pour examiner la gorge de cette femme qu'il trouve criblée de plaques muqueuses. A ce moment, on l'appelle pour déjeuner. Une heure plus tard, ne pensant plus à rien, il se remet à son occupation favorite, c'est-à-dire à sa lecture, et comme d'usage il mâchonne son coupe-papier en lisant. Quatre semaines après, chancre de l'amygdale. Cette syphilis aboutit à des accidents cérébraux rapidement suivis de mort.

Un siège non absolument rare du chancre professionnel est la face, soit œil, soit bouche : dans l'observation de Desmarres et beaucoup d'autres ont suivi du même ordre, l'on voit un jeune médecin être atteint au cours d'une cautérisation de plaques muqueuses chez un de ses clients, par une minuscule gouttelette de salive rejetée par le patient ; il en résulta un chancre de la conjonctive. Wiggleworth rapporte le cas d'un accoucheur, qui mettant au monde en état de mort apparent une enfant syphilitique héréditaire, pratique l'insufflation de bouche à bouche. Il en résulta un chancre de l'amygdale.

Enfin le hasard peut greffer dans des endroits insolites l'accident primitif : un infirmier porte dans ses

bras un malade couvert de rupia syphilitique ; le malade l'embrasse étroitement ; une des ulcérations se trouve en contact avec la joue de l'infirmier qui voit le chancre se développer ultérieurement à ce niveau.

Trois branches de l'art médical exposent particulièrement ceux qui s'y adonnent aux risques de la contamination professionnelle; à savoir la syphidologie, l'obstétrique et l'art dentaire. Nombreux sont les syphiligraphes victimes des contacts dangereux auxquels ils sont incessamment soumis : le palper des lésions, si important pour déceler l'induration des éléments suspects est particulièrement à redouter. Signalons à ce propos l'observation suivante de JULLIEN : « Le docteur X, spécialiste éminent, portait à un doigt une petite excoriation saignante. Consulté par un client, qui lui présentait à examiner un chancre de la verge, il fut forcé, pour explorer l'ulcère, de placer son doigt malade en arrière de la verge; mais le malheur voulut que précisément, il le plaçât en regard et en contact avec le scrotum, juste sur un point où se trouvait un second chancre syphilitique. Dès qu'il s'en aperçut, il courut se laver, multiplia les ablutions les plus complètes; peine inutile ! L'absorption était déjà faite et l'infection suivit son cours ». Ce cas témoigne en outre qu'en pareil cas, des lavages soigneux ne suffisent pas ; il faut, sans hésiter recourir, à l'emploi du fer rouge.

Les accoucheurs et les sages-femmes sont fréquemment atteintes, et chez eux la chose est d'autant plus grave que le chancre inoculé, au début au moins de son évolution, pourra affecter les caractères d'un simple bobo qui n'empêchera pas son porteur de continuer l'exercice de sa profession, et sera susceptible de porter la contamination chez de nombreuses femmes. Nous aurons du reste à revenir sur ce point. A titre d'exemple de contaminations de cet ordre, signalons le cas de LEE où l'on voit un accoucheur, au cours d'une crâniotomie, avoir ses doigts pincés entre les os du crâne du fœtus, pendant une contraction utérine ; la petite blessure ainsi produite fut suivie d'un chancre. La littérature est particulièrement riche sur ce chapitre, et les cas de contamination de cet ordre sont relatés par centaines.

Les dentistes, par la fréquence des manifestations buccales au cours de la vérole, par la fréquence des excoriations et des petites blessures qu'ils sont susceptibles de contracter semblent à priori devoir compter parmi les victimes les plus fréquentes de la syphilis professionnelle. Cependant les observations publiées en sont assez rares, et le nombre de celles colligées par DUNCAN BULKLEY n'atteint pas une dizaine.

Nous allons maintenant insister sur les cas où le médecin est devenu le vecteur de la contagion.

En suivant la classification de D. BULKLEY, nous nous trouvons tout d'abord en présence d'observations où le médecin porteur d'un chancre digital dont il méconnaît la nature contamine le malade qu'il examine, comme ce fut, par exemple, le cas chez un malade de CROUSLÉ où le patient fut atteint d'un chancre du rectum à la suite d'un toucher rectal pratiqué par un doigt atteint de syphilis primaire. HUTCHINSON a publié l'observation d'une jeune femme qui se soumit à l'examen de son médecin pour des hémorrhoïdes ; le médecin écarta les fesses de l'examinée avec ses deux mains, or il était porteur d'un chancre qui inocula une des fesses de la malade au point où il s'était appuyé pendant l'exploration.

En bien plus grand nombre sont les cas où le médecin ou la sage-femme infectèrent des femmes en couche. C'est à la suite de manœuvres obstétricales pratiquées dans ces conditions que l'on vit à maintes reprises la syphilis revêtir une sorte d'allure épidémique, la sage-femme, de préférence, contaminant plusieurs accouchées ; puis la syphilis ainsi propagée fut méconnue dans sa nature et donna lieu à de multiples contaminations familiales. La première de ces épidémies d'origine obstétricale a été rapportée par l'accoucheuse de Marie de Médicis, Louise Bourgeois, en 1608. Il y eut trente-cinq familles infectées. Dans l'épidémie de 1727, à Sainte-Euphémie, on voit une sage-femme infectée primitivement au doigt, contaminer successivement, au cours de quatre mois, plus de cinquante femmes qui, à leur tour, propagèrent le mal dans leur entourage.

Il ne faudrait pas croire que de telles épidémies ont été le lot des temps passés ; pour nous contenter de ces vingt dernières années, nous signalerons l'épidémie rapportée par HIME, en Angleterre, où une sage-femme, infectée fut la cause directe ou indirecte de la contamination de trente femmes mariées, de neuf hommes et de deux enfants. La même année (1883), BOOTH rapporte une épidémie de même origine. La sage-femme dont le doigt porteur d'un

chancre avait fait de nombreuses victimes fut condamnée à douze mois de « hard labour ».

En France, l'épidémie de Brive rapportée par BARDINET fit plus de 100 victimes (1873). On le voit, dans toutes ces épidémies, c'est une sage-femme qui joue le rôle principal. D'une manière générale, les cas de contamination dus au médecin sont infiniment moins nombreux ; citons le cas rapporté par COLLES d'un accoucheur qui, après avoir été atteint deux années auparavant par un chancre du doigt, vit une manifestation secondaire s'y produire à la suite d'un traumatisme, et infecta un certain nombre de femmes.

BLEYNIE a noté un curieux mode de dissémination de la syphilis par une sage-femme : celle-ci, atteinte de plaques muqueuses buccales, avait l'habitude de panser le cordon ombilical de ses nourrissons avec sa salive; il s'en suivit de nombreux cas d'infection.

Dans la plupart des cas, c'est le doigt infecté qui est l'agent de la dissémination de la syphilis ; dans un certain nombre d'autres ce fut la bouche. Dans une première catégorie, l'on voit une blessure récemment faite avec un instrument dont on suspecte la propreté être sucée par un assistant qui, quoique non médecin, a la prétention, en agissant de la sorte, de prévenir les résultats d'une inoculation septique. Si la bouche porte des lésions contagieuses, rien d'étonnant à ce que l'on voie une contamination s'effectuer. Dans cet ordre d'idées une des causes relativement fréquentes de contaminations multiples a été la circoncision rituelle : on sait que l'un des temps du manuel opératoire de cette circoncision consistait pour l'opérateur, une fois retranchée la partie du prépuce qu'il avait excisée, à pratiquer la succion de la plaie opératoire. Il s'en est suivi à maintes reprises des inoculations qui, on le conçoit, ont pris parfois un véritable caractère d'épidémicité. C'est RUST, en 1805, qui eut le premier le mérite d'appeler l'attention sur des faits de cet ordre. Dans son mémoire, il déclare avoir constaté bon nombre d'infections de cette sorte sans en donner le chiffre. Dans l'épidémie de Krakow, rapportée par BIERKOWSKI en 1833, il n'y eut pas moins d'une centaine d'enfants infectés. La dernière épidémie de cet ordre date de 1867, fit une trentaine de victimes et a été rapportée par VON PITHA.

Un petit foyer épidémique qui ne compta que sept victimes reconnut également la circoncision rituelle pour cause première, mais par un autre mécanisme mis en lumière par HUTCHINSON : un « mohel », ne présentant pas de manifestations contagieuses, et ne pratiquant pas du reste la succion de la plaie après la circoncision, avait l'habitude de remporter la portion excisée, et destinée à être brûlée, dans une pièce d'étoffe avec laquelle il étanchait le sang dû à l'incision. HUTCHINSON suppose que c'est par ce linge que s'est faite la contamination dans les cas observés. Dans des cas semblables, il est vraisemblable que le couteau opératoire qui, avant l'ère de l'antisepsie, ne devait être qu'insuffisamment nettoyé, a souvent été la cause de l'infection.

Une cause de contamination syphilitique, qui a des rapports avec celle que nous venons d'étudier, en ce sens que là aussi c'est la bouche qui est le véhicule de l'infection, est la curieuse industrie des tireuses ou des tireurs de sein. On entend sous ce vocable des personnes qui faisaient métier, soit pour dégorger des seins distendus par la sécrétion lactée, soit pour « faire des bouts de sein » de jeunes accouchées, de pratiquer sur les mamelons de leurs patientes des succions énergiques. Il est aisé de comprendre que les éraillures facilement produites par cette manœuvre devaient tout naturellement devenir la porte d'entrée de l'accident primitif, si l'opérateur présentait dans la bouche des accidents contagieux. C'est ce qui n'a pas manqué de se produire à maintes reprises. La syphilis ainsi contractée a revêtu facilement le caractère épidémique, la même personne pouvant contaminer nombre de femmes, et l'infection insoupçonnée au début dans sa nature ayant tendance à faire la tache d'huile dans le milieu familial.

C'est en 1654 que la première épidémie fut observée et rapportée à sa cause par EVÉRARDUS, à Middlebourg, lequel à lui seul traita plus de 100 cas, tous provenant directement ou indirectement des lésions buccales d'une tireuse de lait. Des onze épidémies dues à cette cause, nous ne noterons que celle de Condé (Nord), rapportée par BOURGOGNE, où une tireuse de lait infecta personnellement de douze à quatorze femmes, qui devinrent à leur tour le point de départ d'autres contagions ; et la dernière en date, rapportée par LELOIR, dans laquelle on voit (Tourcoing 1880) une tireuse de lait affectée d'un chancre syphilitique contaminer de nombreuses femmes.

Il est une dégoûtante pratique en honneur dans certains pays pour l'ablation des corps étrangers de la conjonctive où l'on voit encore la bouche de l'opérateur se faire l'agent de la contamination spécifique :

elle consiste à lécher les culs-de-sac palpébraux ; le léchage de la conjonctive serait également employé dans le traitement du trachome. Il est dès lors tout naturel que l'on ait vu des chancres de l'œil provenant de pareille thérapeutique. Un médecin russe, TÉPLIASCHIN, a vu de la sorte une véritable épidémie de syphilis dans la clientèle d'une « magicienne » de petit village qui faisait profession de soigner ses compatriotes de la manière sus-rapportée, si bien qu'il y eut 68 infectés, à savoir 34 qui avaient contracté la syphilis par le léchage des paupières pratiqué par cette femme, et 34 qui la tenaient des premiers. On notera l'importance de l'épidémie, le village ne comportant que 81 familles et 532 habitants. On retrouve dans d'autres pays une cause semblable d'infection, en Amérique en particulier.

Nous en venons aux cas où la syphilis, dans un acte de caractère plus ou moins médical, a été transmise par les instruments de l'opérateur.

Au point de vue de l'histoire, les premières épidémies de syphilis insontium rapportées ont eu pour cause les services rendus par les « saigneurs et ventouseurs » qui, jadis, avaient une nombreuse clientèle. La première en date, celle de BRUNN, en Moravie, observée en 1577, ne fit pas moins de 180 victimes dans la ville même, sans compter celles des environs. On trouve en l'espace d'une cinquantaine d'années (de 1577 à 1724), sept épidémies dues à cette cause. Puis il faut sauter plus de deux cents ans pour retrouver trois épidémies semblables en Finlande (1858). Dans la première de ces trois épidémies, la femme qui faisait métier d'appliquer les ventouses avait l'habitude de les nettoyer avec sa salive, elle fit environ 200 victimes.

La saignée, autrefois employée si largement, semblerait, par l'intermédiaire des lancettes non aseptisées, avoir dû être une cause fréquemment notée de contamination syphilitique ; nous n'en avons trouvé que cinq cas dans la littérature : le premier, au début du siècle dernier, est dû à B. BELL : une phlébotomie, pratiquée avec une lancette qui avait servi à ouvrir un bubon, fut suivie in situ d'un chancre syphilitique. Adam A. LEBENWALD a vu cinq personnes bien portantes, saignées par une lancette qui avait servi récemment pour un syphilitique, être contaminées toutes les cinq. Le cas paraît suspect.

Le tatouage a provoqué dans 82 cas ou groupes de cas, rapportés l'éclosion de l'accident primitif (D. BULKLEY). Un seul opérateur infecté avec des lésions buccales peut, de la sorte, faire de nombreuses victimes ; c'est ainsi que TARDIEU parle d'un soldat qui contagionna de la sorte « un grand nombre de ses camarades. » L'habitude de tenir à la bouche les aiguilles avec lesquelles on opère ; le délayage avec la salive des poudres que l'on introduit sous la peau ; le lavage de la peau tatouée avec de la salive, sont toutes manières de faire, qui rendent la contagion presque immanquable en cas de lésions contagieuses dans la bouche du tatoueur. Dans un rapport de MAURY et DULLES, on voit un tatoueur de profession contaminer quinze personnes dans une localité ; or, il se promenait de ville en ville pour exercer son métier, avait la bouche farcie de plaques muqueuses, et l'on se demande, dans ces conditions, quel a pu être le nombre de ses victimes. Il fut arrêté à Philadelphie et retenu dans une maison de correction.

Il n'y a pas que les empiriques qui ont disséminé la syphilis à l'aide d'instruments infectés : les médecins eux-mêmes n'ont été que trop souvent coupables. Par le fait de leur emploi chez toute une série de patients qui se succèdent à bref intervalle, les outils des dentistes ont dû à l'époque où l'on se souciait peu de stériliser les instruments, être un facteur fréquent de syphilis. Il existe dans la littérature un certain nombre d'exemples sur lesquels nous n'avons pas le loisir de nous appesantir. Notons cependant l'observation de FOURNIER dans laquelle on trouve une jeune femme, mariée depuis quelques semaines, être atteinte de chancre syphilitique au niveau de la sertissure de la canine gauche inférieure. Le mari fut véhémentement soupçonné d'être l'auteur du mal ; mais il était sain, et après une enquête approfondie l'on fut forcé d'admettre que la jeune femme avait dû être contagionnée par les doigts ou les instruments d'un dentiste auquel elle avait confié la mise en état de sa dentition, la veille de son mariage.

Cinq ou six observations qui remontent à HUNTER et à ses contemporains démontrent que la transplantation des dents que l'on pratiquait volontiers à leur époque était susceptible de transmettre la syphilis quand l'individu dont la dent était transplantée était contagieux.

Des greffes épidermiques empruntées à un sujet syphilitique sont aptes à communiquer la syphilis, comme en témoigne l'observation de DEUBEL : il s'agit d'un homme âgé de quarante-neuf ans, qui présentait

une large surface ulcérée consécutive à un érysipèle gangréneux. Sur cette surface, quarante-cinq greffes épidermiques furent ensemencées. La cicatrisation fait de rapides progrès, quand apparut une lésion d'un pouce de diamètre qui peu à peu s'étendit. Trois mois après survinrent une éruption générale érythémateuse et d'autres manifestations syphilitiques, l'ulcération primitive ayant disparu sous l'influence du traitement spécifique. Au moment où l'éruption se montrait, le fils du patient qui avait fourni les greffes venait consulter DEUBEL pour des plaques muqueuses au pourtour de l'anus.

Il existe dans la littérature toute une série de cas où l'agent infectant paraît avoir été, au cours d'opérations de petite chirurgie, le bistouri malpropre du chirurgien. Notons spécialement dans cette catégorie l'ouverture d'un furoncle de l'avant-bras (LANG), d'un abcès de l'aisselle (ROBINSON), comme ayant constitué les portes d'entrée requises. Des instruments divers, usités surtout dans l'exploration des cavités muqueuses de l'organisme, ont été signalés comme les vecteurs de la contagion. C'est ainsi que le cathétérisme de la trompe d'EUSTACHE, avec une sonde évidemment polluée dans des examens antérieurs, a donné lieu à plus de 100 cas de syphilis indiscutables. A lui seul, un spécialiste parisien a contaminé de la sorte, il y a une quarantaine d'années, environ 70 personnes. Il est vraisemblable que des abaisse-langue, des laryngoscopes, des spéculums nasi, etc,, ont pu aussi être dangereux, mais il n'en est guère fait mention dans la littérature. TARDIEU a rapporté un cas où l'agent contaminant semble avoir été un spéculum vaginal. Dans deux autres observations de FOURNIER et de LELOIR, la canule d'un irrigateur a été incriminée.

Des objets de pansement, des bandages passant d'individus infectés à des individus sains, ont transmis parfois le principe virulent. Signalons avec FOURNIER le danger que fait courir l'habitude malpropre de panser les petites plaies superficielles avec du taffetas ou du papier gommé, que l'on mouille avec de la salive ; il rapporte l'observation d'un jeune enfant faisant une chute et s'excoriant le genou en jouant aux Tuileries ; une dame compatissante s'approche, sort de son porte-monnaie un morceau de papier gommé qu'elle humecte avec la langue avant de l'appliquer sur la petite plaie. Quatre semaines après on voyait se développer à ce niveau un chancre syphilitique ; évidemment, la dame charitable portait des plaques muqueuses dans la bouche.

Dans cette longue énumération que je viens de faire des syphilis de source médicale, il est une modalité que j'ai passé sous silence, parce que, à elle seule, elle mériterait de copieux développements, qui allongeraient indéfiniment cette leçon déjà longue, c'est la syphilis vaccinale. Laissez moi seulement vous en dire quelques mots : au cours des quatre-vingt-dix dernières années, on n'a pas noté moins de 29 épidémies de syphilis vaccinale. Quant aux cas isolés, le dénombrement en serait impossible. La première épidémie date de 1814, et a été relatée par MARCOLINI à Udine. Depuis lors, la syphilis vaccinale a fait des milliers de victimes. Dans certaines épidémies, observées surtout dans le milieu militaire en Amérique, les relations portent que « des centaines de cas ont été observés. »

Quant au mode de contamination, c'est dans la vaccination de bras à bras, le vaccinifère étant syphilitique, qu'il faut surtout le chercher D'après la plupart des auteurs, la lymphe vaccinale pure ne serait pas contagieuse, mais comme l'on a toutes chances d'inoculer des traces de sang contaminé du vaccinifère syphilitique, c'est de cette façon que se ferait la contamination. Une lancette servant à une certaine quantité de vaccinations sans être stérilisée a pu elle aussi porter d'individus malades à individus sains le germe morbide.

C'est la syphilis vaccinale qui a fait triompher l'emploi du vaccin animal et rejeter, il faut l'espérer, dans l'histoire, la vaccination de bras à bras Si vous voulez étudier en détail cette intéressante question, je ne saurais mieux faire que vous renvoyer aux leçons du Prof. FOURNIER sur ce point spécial des contaminations spécifiques de source médicale.

Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, à tirer la moralité de la longue théorie des faits que je vous ai énumérés. Ces faits parlent d'eux-mêmes, et si un médecin a pu autrefois être excusable en répandant la contagion, et en portant la maladie chez des gens qui se confiaient à lui pour récupérer la santé, à cause de l'ignorance des conditions où la contamination est possible, il n'en est pas de même aujourd'hui, et toute négligence serait sans excuse (1).

(1) Nous nous sommes disposé d'indiquer les sources où l'on pourra retrouver les observations citées. Le lecteur trouvera une bibliographie complète dans le livre de BULKLEY (New-York, 1893) ; et dans l'œuvre de PROKSCH : *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten*, Bonn, 1889-1901, 4 vol.

Un nouveau cas de typhus exanthématique à Lille

par MM. le Professeur **Combemale** et le Docteur **Breton**,
chargé des fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté

Un cas de typhus exanthématique observé à Lille en janvier dernier faisait se demander à cette époque à l'un de nous si une épidémie n'était pas imminente dans la région. Certes, nous ne croyons pas être menacés d'une épidémie, du moins d'une épidémie analogue à celle qui sévit sur notre ville en 1893. Cependant, depuis lors, quelques signes sont en faveur d'une endémie locale, qui pourrait devenir susceptible, sous certaines influences, de dégénérer en épidémie. L'observation que nous relatons plus loin ne laisse en effet que peu de doutes sur l'existence de cas isolés de typhus dans la région ; d'autre part, le fait qu'en dix mois deux cas de typhus bien authentiques se sont présentés à notre observation n'est pas moins suggestif pour la question de l'endémicité. Aussi voudrions-nous précisément, par la publication de notre observation, appeler l'attention de nos confrères sur cette maladie infectieuse, dont les effets peuvent être si redoutables et la généralisation rapide si son diagnostic, parfois difficile, échappait à leur clairvoyance.

Le nommé Del.., Jules, ouvrier agricole, âgé de 32 ans, entre à l'Hôpital de la Charité, service de M. le Professeur Combemale, le 19 novembre 1903.

Rien dans ses antécédents personnels n'attire l'attention ; pas de maladies infectieuses de la première enfance, pas de maladies vénériennes ni d'habitudes alcooliques exagérées. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire ; son frère et ses deux sœurs sont bien portants.

Le malade a toujours vécu en France, dans le départe du Nord. Vacher à Wasquehal, Del... se fait employer à fin septembre à arracher des betteraves, dans une ferme d'Erquinghem-sur-la-Lys, mais quitte vite ce travail trop fatigant et trouve à s'employer à Rougebarres comme valet le 30 octobre. Huit jours environ après, le 8 novembre, sans symptômes prémonitoires autres qu'une grande fatigue générale, de violents maux de rein, des douleurs articulaires, il devient malade, et est obligé de s'aliter de suite. Pas d'épistaxis.

Dans les quatre jours qui suivent, les douleurs articulaires ont disparu, mais l'abattement est extrême. La rachialgie a augmenté, la fièvre a apparu sous forme de frissons prolongés, suivis de chaleur et de fortes sueurs. L'insomnie est complète, mais le malade ne délire pas. La constipation est légère. Pas de douleurs dans le ventre ou dans la poitrine. Rien à signaler du côté des appareils urinaires et pulmonaires. Un médecin appelé fait le diagnostic de grippe. Un purgatif est administré. Le lendemain, à la suite d'un second purgatif, la diarrhée s'installe peu abondante, et ne gênant pas le sujet par sa répétition.

Del.., vu l'aggravation de son état, décide son transport à l'hôpital, et s'y rend par le tramway, avec beaucoup de peine.

Le 14, au matin, nous voyons le malade et constatons ce qui suit : le malade est calme et très affaissé. Il s'exprime correctement, et rien n'exprime un trouble intellectuel. Il se plaint de maux de rein, prononcés et violents, de très légers maux de tête, de grande fatigue ; et il porte sur son état, un pronostic bénin ; car il dit avoir vu, à Erquinghem, deux de ses camarades, atteints de symptômes semblables et guérissant en dix ou douze jours.

Toutes les masses musculaires sont douloureuses à la pression, particulièrement les sacro-lombaires. Pas de point d'une sensibilité spéciale. Les articulations sont libres. La peau ne présente pas d'hyperesthésie.

Mais cet homme présente une éruption étendue à tout le corps, ayant seulement respecté la face, le cou, la paume des mains, la plante des pieds. Elle est plus marquée, aux flancs, et aux membres inférieurs. Ce sont des taches purpuriques, ne s'effaçant pas à la pression, datant de quelques jours, puisque quelques-unes revêtent déjà le caractère pétéchial. Ces taches ne tendent pas à la confluence ; elles sont petites, punctiformes. Quelques sudamina les accompagnent. Pas de taches rosées sur le ventre. D'autre part, la fièvre est intense, elle atteint 40°. Les frissons ne se sont pas répétés, mais la sueur est très abondante.

La diarrhée survenue en suite de l'administration d'un purgatif est légère, trois à quatre selles par jour, sans caractères spéciaux. Pas de météorisme, ni de gargouillement abdominal, et dans les fosses iliaques.

L'aspect est le suivant : facies vultueux, face rouge, conjonctives injectées, lèvres sèches, la langue couverte de fuliginosités mais non rôtie. L'appétit est nul. Pas de vomissements, ni de douleurs stomacales. Pas d'hématémèse, ni de mélæna.

Le malade ne délire pas, ni la nuit, ni le jour. Il est un peu hébété, mais il conserve suffisamment intactes ses facultés intellectuelles.

Pas la moindre trace d'excitation. On note cependant quelques secousses fibrillaires des muscles de la face et des membres, sans carphologie notable. Réflexes normaux.

Rien du côté de la vessie et du rectum.

Rien non plus dans la sphère des organes sensoriels. Pas de trouble du côté de la vision, de l'ouïe, sensibilité générale et spéciale normales. Le cœur est bon, bien frappé, pas de bruits anormaux ; le pouls a, le premier jour de l'entrée à l'hôpital, une tendance au dicrotisme, il est rapide, bien plein, donnant 110 pulsations à la minute.

Les artères ne sont pas dures. Rien à l'aorte, ni aux pulmonaires. Du côté de l'appareil respiratoire, un peu de toux, sans expectoration. Congestion hypostatique des deux bases. Pas de bronchite. Les urines sont assez rares, de couleur foncée, sans traces ni d'albumine, ni de sucre. L'urée n'a pas été dosée. Le foie est assez gros ; il déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, et remonte jusqu'au bord supérieur de la sixième côte. Il n'est pas douloureux à la pression, ni à la palpation. Vésicule normale.

La rate est percutable. Elle est grosse, mais non d'une hypertrophie très marquée.

L'état général est médiocre.

Les jours suivants, on établit la formule hématologique du malade, qui est la suivante :

Globules rouges : 4.720.000 } par millimètre cube.
Globules blancs : 3.100 }

Lymphocytes : 75 %.

Polynucléaires { éosinophiles . . . 8,3 / éosinophiles . . . 15,73 } = 25 %.

En un mot, hypoleucocytose. Mononucléose relative.

Le séro-diagnostic fait le 19, soit donc plus de dix jours après le début de la maladie, montre un pouvoir agglutinant extrêmement faible. Au quarantième, au cinquantième, comme au vingtième, à peine voit-on, après plusieurs heures de contact, quelques bacilles agglutinés.

Le sang est ensemencé et examiné. L'examen direct, après fixation à l'alcool et à l'éther, ne révèle la présence

d'aucun bacille d'Eberth ; les ensemencements sont restés stériles, bien qu'ils aient été faits, très largement, sur gélose, gélatine, dans du bouillon.

Les 15 et 16 novembre, l'état reste stationnaire. Les rémissions matinales de température ne dépassent pas 38°. Cependant, l'éruption bleuit; le caractère pétéchial n'en est plus net. Après une crise sudorale très forte et une décharge urinaire abondante (3 litres et demi), le malade se sent amélioré et réclame des aliments. Nous sommes au neuvième jour de la maladie. Depuis lors la convalescence se poursuit sans incident.

A dater de ce jour, la courbe thermique décline en marquant un lysis très net. Le malade va mieux. Les sueurs sont toujours abondantes. L'éruption pâlit de jour en jour, pour disparaître complètement le treizième jour de l'affection. L'abattement a disparu ; il reste de la faiblesse générale. Les nuits sont bonnes. L'appétit est revenu. La diarrhée a cessé.

Enfin, le 22 novembre, la température atteint 37° et reste stationnaire. Il persiste uniquement de la faiblesse générale. Nous sommes au quatorzième jour de la maladie.

A se placer au point de vue exclusivement clinique, il convient de souligner dans l'observation ci-dessus l'importance du séro-diagnostic et de l'ensemencement du sang pour distinguer le typhus de la fièvre typhoïde. Dans aucune des observations récentes de typhus exanthématique publiées dans les journaux allemands et russes, où l'on en rencontre en tout temps, il n'est fait mention que le séro-diagnostic ait été employé pour infirmer ou affirmer ce diagnostic. Or, ce séro-diagnostic doit être fait dans tous les cas, à notre sens. Quand il s'agit rétrospectivement de rechercher si tel cas étiqueté typhoïde n'était pas du typhus en réalité, la chose a le même intérêt puisqu'il s'agit de remonter à l'origine d'une épidémie, par exemple. On remarquera que, dans l'observation publiée en janvier et dans celle que nous rapportons, ce séro diagnostic a été fait, ce qui donne à ces deux cas une absolue exactitude.

L'agglutination si minime et si tardive obtenue avec le sérum du malade que nous étudions ici nous a paru être la marque incomplètement disparue d'une affection typhoïdique ancienne ; elle n'est pas comparable, en tous cas, avec l'agglutination abondante et immédiate que donnent les typhoïdes en évolution. Mais ce qui nous a décidé à affirmer le typhus exanthématique, malgré ce séro-diagnostic qu'on pouvait en toute rigueur interpréter comme positif, ç'a été la stérilité des ensemencements faits avec le sang du malade. Dans l'espèce, nous devons donc à ces deux signes combinés de pouvoir confirmer ce que la clinique seule nous permettait déjà d'affirmer. On en concluera avec nous que les cas douteux ne peuvent que bénéficier de ce supplément de renseignements.

Nous noterons en passant, et sans insister, que la formule hémoleucocytaire du typhus exanthématique, si tant est qu'elle puisse ultérieurement être invoquée pour le diagnostic, est aussi, pour la première fois, rapportée dans l'observation ci dessus, et qu'elle se résume en une mononucléose avec hypoleucocytose ; elle pourrait du reste l'être à juste titre, puisque celle de la fièvre typhoïde est hypoleucocytose avec polynucléose.

Consultations Médico-Chirurgicales

Typhus exanthématique

Pr F. COMBEMALE.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un adulte, chemineau minable, miséreux affamé, gréviste vivant de privations, prisonnier relégué dans des locaux encombrés, soldat en campagne depuis de longues semaines, après quelques journées de céphalée, de lumbago, de lassitude, d'injection de la face, éprouve un frisson suivi de vertige et tombe d'emblée dans un grand abattement, présentant une injection conjonctivale intense, un pouls fréquent, une température supérieure à 40°. Pendant plusieurs jours, la fièvre reste considérable : agité, délirant, ne trouvant pas un instant de sommeil, le malade fait aussi en même temps un léger catarrhe bronchique. De trois à cinq jours après le frisson, survient une éruption, parfois discrète, le plus souvent excessivement abondante de taches, rarement confluentes, vite transformées en pétéchies, ne disparaissant pas à la pression, occupant la poitrine, l'abdomen, les hanches, le dos, les membres, respectant le visage : en même temps que se fait cette éruption s'exaspère le délire qui devient violent, impulsif, suicidique même. Puis la torpeur et la stupeur succèdent à cette agitation ; durant les huit à dix jours qui suivent, trémulant, affalé, marmottant sans cesse, en carphologie, les dents fuligineuses, la langue rôtie, le malade offre l'aspect du typhoïdique gravement atteint, mais est constipé, a des urines peu abondantes et albumineuses. Brusquement, du douzième au quatorzième jour survient une crise, caractérisée par le retour du sensorium, de la diarrhée ou des sueurs, du sommeil et de bien-être ; la fièvre commence à descendre et disparaîtra en quelques jours. C'est le *typhus exanthématique.*

Des troubles nerveux de la trophicité et de la motilité (escharres, paralysies, etc.) sont peut-être survenus au cours de l'infection. Les séquelles ne seront pas moins importantes sous forme de pleurésie purulente, d'abcès profonds ou superficiels, de parotidite, d'otite, de gangrène. Même, s'il n'y a eu aucune complication, la convalescence sera longue.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Maladie épidémique et contagieuse, le typhus exanthématique n'a pas de microorganisme particulier encore connu ; mais les conditions nécessaires pour que la maladie se propage sont bien certaines : maladie de misère, le typhus frappe les inanitiés, les surmenés, par l'intermédiaire probable de parasites (poux, puces,

punaises), qui inoculent le germe, peut-être aussi par l'inhalation de poussières microbifères. Prévenir une épidémie toujours possible, éviter la contagion d'autres sujets est donc une indication capitale que l'hygiène permettra de remplir.

Guider l'organisme frappé par le typhus vers la guérison n'est pas un but moins digne d'efforts, puisque de 20 à 40 % des cas succombent. Invigorer les inanitiés, soutenir le système nerveux des surmenés, au milieu des indications multiples tirées de l'état de souffrance des divers organes, doit dominer et régler les interventions thérapeutiques : l'ataxo-adynamie est en effet à l'origine de tous les symptômes qui exigent un traitement.

TRAITEMENT. — Un traitement symptomatique, concurremment avec la prophylaxie, doit dans tous les cas cliniques être institué. Mais si l'on peut attendre quelque chose de la prophylaxie, il ne faut pas trop compter sur les résultats de la thérapeutique symptomatique.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — L'éruption, qui a donné son nom à la maladie et qui si souvent permet de faire le diagnostic, n'incite à aucune intervention thérapeutique spéciale, quelque abondante qu'elle soit ; rarement les pétéchies deviennent une hémorrhagie cutanée susceptible d'un traitement local.

Troubles nerveux. — D'ordinaire, les phénomènes nerveux, par leur intensité parallèle à l'intensité de l'éruption, attirent au contraire l'attention ; leur caractéristique clinique est l'ataxo-adynamie : délire, hyperthermie, tremblements, carphologie, fuliginosités, etc.

Contre cette ataxo-adynamie, la ressource la moins précaire est le **bain froid**. Dans une baignoire remplie d'eau à 20 degrés environ, on dépose le fébricitant, tout comme s'il s'agissait d'un typhoïsant, les épaules ne sortant pas de l'eau, la tête recouverte de compresses trempées dans l'eau froide. Passé le petit frisson du début, un nouveau frisson prolongé survient une huitaine de minutes après, qui indique le moment de la fin du bain. Sorti de l'eau, le malade est entouré d'une couverture de laine et, sans être essuyé, remis dans son lit. **Il ne faut pas lui refuser une boisson, même légèrement alcoolique,** dans le bain ; une cuillerée d'une potion faiblement excitante à l'acétate d'ammoniaque est même de mise dans les cas graves, afin d'éviter le collapsus cardiaque au moment du bain. Dès le premier bain parfois, le plus souvent au second ou au troisième, le délire tombera instantanément pour plusieurs heures ; du sommeil surviendra même, qui diminuera l'adynamie. Quatre à six bains froids par jour remplissent le but cherché, de réfréner les écarts d'un système nerveux déréglé.

L'utilité des antithermiques et des antinervins est contestable. La quinine, même à dose très élevée, ni ne calme ni n'abaisse la fièvre ; de même l'antipyrine. Le chloral, impuissant d'autre part contre le délire, ne doit pas être employé, en raison de son action dépressive sur la circulation ; les bromures, le musc, se montreraient anodins dans la plupart des cas.

Troubles cardiaques. — Influencé presque toujours par les toxines directement, par les troubles nerveux de la circulation générale indirectement, le cœur a besoin de surveillance tout le temps que dure l'infection. Doive le délire en être augmenté, à la première défaillance cardiaque perçue au pouls, il faut user du **camphre**, en injections hypodermiques d'huile camphrée suivant la formule :

Huile camphrée au dixième . . .	20 grammes
Ether sulfurique.	2 grammes

deux à six cent. cubes par jour.

ou en lavements, suivant la formule :

Camphre	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Jaune d'œuf	n° 1
Eau tiède.	200 grammes

De même la **caféine**, l'**éther sulfurique**, l'**acétate d'ammoniaque** seront utilisés dans le même but, quand le collapsus cardiaque s'installant, des troubles respiratoires concomitants nécessitent une intervention.

Constipation. — Une autre indication surgit aussi, plusieurs fois au cours du typhus ; c'est celle d'évacuer l'intestin. La rétention stercorale est fâcheuse ; vingt grammes de **sulfate de magnésie** y remédieront abondamment tous les deux jours, à moins que l'on ne préfère employer le lavement simple ou glycériné.

Etat général. — Nourrir la fièvre, c'est procurer au malade les moyens de lutter victorieusement contre l'infection, sans user trop rapidement ses réserves. Dans le typhus on devra nourrir la fièvre. L'alimentation n'a du reste point besoin d'être exclusivement liquide ; sans doute, le **lait**, le **bouillon**, les **boissons acides** prédomineront ; mais il faudra y joindre des potages, même des potages épaissis et des œufs. D'autre part, les légers excitants tels que le café, les grogs, l'eau rougie, sans être recommandés expressément, ne seront pas défendus. Toutefois, dans les cas où l'alcoolisme a préparé le terrain, chose beaucoup plus fréquente que ne le laissent supposer les auteurs, le vin rouge, le champagne, la potion de Tood, l'eau-de-vie vieille seront employés largement, non pour soutenir des forces que ces agents n'ont pas le pouvoir de soutenir, mais pour ne pas compliquer d'un essai de désintoxication, la situation critique d'un système nerveux déjà désemparé et d'un organisme prêt à succomber.

Soins hygiéniques. — Les bains par leur répétition, et bien qu'ils ne doivent pas être savonneux, contribueront

à la propreté du tégument cutané. Mais d'autres soins sont encore réclamés par les malheureux typhiques, victimes souvent de la vermine qui les a envahis. Leur bouche et leurs narines exhalent une odeur repoussante, leur langue rôtie, leur gorge desséchée, leurs dents encrassées de fuliginosités appellent des nettoyages directs avec des solutions faiblement antiseptiques et détersives, parmi lesquelles l'**eau dentrifice** est certainement la meilleure. Le collutoire suivant :

Liqueur de Labarraque	5 grammes
Eau	100 grammes

peut aussi être dans ce but employé, tout comme celui-ci.

Acide nitrique alcoolisé	2 grammes
Eau	200 grammes
Sirop de mûres	25 grammes
Miel rosat	25 grammes

Complications. — Emancipées de leur cause première, les complications et les séquelles du typhus ne tirent du typhus même aucune indication spéciale, sinon qu'elles se présentent chez des organismes affaiblis, exténués.

Convalescence. — Pour cette même raison durant la convalescence, fort longue habituellement, on visera à reconstituer le malade. Dès la défervescence, il demandera à manger ; **on lui permettra sans réserve l'alimentation réclamée**, choisissant pour lui les aliments les plus alibiles ; l'**air**, le **sommeil**, ne lui seront pas non plus mesurés, ce sera du reste alors le moment de faire la cure antialcoolique, si cette intoxication préexistait.

PROPHYLAXIE. — Bien plus importante et plus efficace pour ceux qui soignent les malades et pour la société est la prophylaxie du typhus que celle des autres maladies infectieuses ; la contagion étant presque exclusivement directe.

Isoler le malade est de première nécessité, une fois le diagnostic posé. L'ouverture de baraquements provisoires, les hôpitaux sous tente, quand la chose est possible, évite les contacts entre typhiques et contagieux de diverses natures, et prévient les complications pour les typhiques en même temps qu'elle restreint l'épidémie. **Comme l'encombrement favorise la gravité et la multiplication des cas**, partout ou il existe, l'encombrement sera combattu en aérant les locaux, en répartissant autrement les habitants de ces locaux.

Les vêtements, la literie des malades subiront une désinfection très sérieuse. A leur arrivée dans une ambulance de typhiques, les malades seront débarrassés d'urgence de la vermine apparente ou cachée dont ils sont porteurs par un bain alcalin et savonneux.

Les locaux qu'ils occupaient seront désinfectés par la combustion de **soufre** (50 gr. par mètre cube), le badigeonnage des murs à la **chaux**, de façon à tuer les insectes vecteurs des germes.

Tous les soins de propreté (lavage des mains, blouses antiseptiques, changement fréquent de linge de corps) seront pris par les personnes appelées à donner leurs soins aux malades, surtout avant que de manger. Elles se défendront d'autre part contre la vermine qui pourrait les attaquer par le bain, le peigne, les essences antiseptiques.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Novembre 1903

Présidence de M. Gaudier, président

Cancer primitif des voies biliaires

M. Gellé présente un foie, atteint de cancer primitif des voies biliaires, et provenant d'une femme soignée dans le service de M. le professeur Combemale.

La malade avait depuis le mois de mars dernier un ictère permanent, qu'on attribua d'abord à une oblitération calculeuse. Le foie débordait les fausses côtes d'environ deux doigts, la vésicule était hypertrophiée, mais l'examen était rendu difficile par la coexistence d'une grossesse de quatre mois et demi. Cette femme acoucha prématurément au mois d'août, et l'examen, fait peu après, dénota à la face antérieure un nodule saillant. Des doutes existant encore sur la nature de la lésion, M. le professeur Lambret fit, le 6 septembre, une laparotomie. L'opération confirma définitivement le diagnostic laissé en suspens.

Peu à peu la cachexie s'accrut et la malade mourut le 26 novembre 1903. Le foie descendait alors au niveau de l'ombilic et occupait les deux hypocondres. A l'autopsie, après évacuation de l'ascite sanguinolente, on trouve un organe pesant trois kilogs, fixé un peu partout par de nombreuses adhérences. A la superficie, de nombreux nodules blanchâtres dont le centre est ombiliqué.

Le liseré rougeâtre, qui borde habituellement les nodules secondaires, n'existe pas. La vésicule biliaire est très dilatée, toutefois, ses parois sont peu épaissies et ne présentent pas de proliférations cancéreuses. Le canal cystique est oblitéré par un noyau néoplasique ; le canal cholédoque est libre.

L'estomac, le pancréas, le duodénum sont adhérents, mais non atteints de dégénérescence caséeuse.

A la coupe, il s'écoule un liquide muco-bilieux décoloré. Les nodules cancéreux, de toutes dimensions, infiltrent le parenchyme. Ils semblent, de par leur disposition anatomique, s'étendre dans le sens des canalicules biliaires ainsi que le montrent leurs limites excentriques, sinueuses, en grappes de raisin.

L'examen microscopique confirme le diagnostic.

M. Lambret relate les incidents opératoires, lors de l'intervention faite sur cette malade. La rétention biliaire

permanente, l'hypertrophie vésiculaire avaient semblé indiquer la possibilité d'une cholécystentérostomie; mais, après l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic devint évident, entraînant l'inutilité de l'intervention.

M. **Charmeil**, s'inspirant du travail récent d'un élève de M. le Professeur Bard, et de ses observations personnelles, insiste sur la fréquence et la longueur des rémissions, au cours des néoplasies, et particulièrement dans le cancer d'estomac. Il existe de nombreux cas et il pense que le diagnostic clinique est de peu de valeur, eu égard au diagnostic anatomique. Celui-ci est indispensable pour affirmer les bienfaits d'une intervention thérapeutique quelconque, au sujet d'une affection dont le type clinique n'est pas toujours franc, la marche irrégulière et les périodes de silence inattendues.

M. **Ausset**, confirmant l'observation de M. le professeur Charmeil, cite le cas d'un malade de sa clientèle, atteint cliniquement de néoplasie stomacale. Une trêve de trois mois, coïncidant avec un traitement empirique, avait fait espérer la guérison, mais le mal vient de reprendre une nouvelle acuité.

M. **Gaudier** rappelle l'observation d'un malade de Mauclaire, ayant subi une laparotomie exploratrice pour néoplasie stomacale, et dont la période de rémission apparente fut de six ans.

Cancer du sein

M. **Debeyre** présente un sein atteint de lésions cancéreuses.

Il y a quelques temps, se présentait à la consultation de M. le professeur Folet, une femme de soixante ans qui avait au sein droit, au-dessus du mamelon, une petite tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, dure, adhérente à la peau, ayant débuté il y a trois mois. Le mamelon était légèrement rétracté, la peau formait écorce d'orange au point d'adhérence. Cette tumeur était absolument indolore. Les ganglions axillaires étaient peu nombreux et à peine perceptibles. Avant l'ablation de la tumeur, il nous avait paru intéressant de la soumettre aux rayons X, et M. le professeur Bédart se réserve de faire une communication sur le procédé radiothérapique qu'il a employé.

La tumeur enlevée a été remise à M. Debeyre quelques jours après l'ablation. Elle avait été fixée, grosso modo, au formol, c'est-à-dire très mal fixée. Pour le traitement radiothérapique, la tumeur avait été divisée en deux portions symétriques par une ligne au nitrate d'argent, la portion externe ou axillaire seule avait été traitée.

L'examen histologique, ainsi qu'en témoignent les différentes coupes que M. Debeyre nous montre, prouve l'existence de lésions de carcinome dans la portion non traitée. Dans la portion traitée, trois fragments ont été pris et l'on a constaté : 1° une desquamation épithéliale qui n'existait pas aussi nette du côté non traité ; 2° une coloration moins vive des noyaux, rien de plus.

Toutes ces coupes ont été faites dans les mêmes conditions ; elles ont été colorées, le même jour, avec les mêmes colorants : Hémalun — Van Giesen.

Les caractères histologiques différents ne permettent pas, dit M. le professeur Curtis, de tirer une conclusion quelconque.

Ce qu'il faudrait pour ces études cytologiques précises, c'est, avant tout, une bonne fixation ; il faudrait des fragments de quelques millimètres d'épaisseur, fixés au Flemming, par exemple, aussitôt après l'intervention. Ces fixations permettraient seules des recherches ayant quelque valeur : car il serait possible de trouver les différences que nous avons constatées dans deux portions distinctes d'une même tumeur. (*A suivre*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

La quatrième session du **Congrès périodique national de gynecologie, d'obstétrique et de pœdiatrie,** se tiendra à Rouen du 5 au 10 avril 1904, sous la présidence de M. le docteur Richelot, professeur-agrégé à la faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris et membre de l'académie de médecine. La section de gynécologie sera présidée par M. le docteur Richelot, président général du Congrès ; la section d'obstétrique, par M. le docteur Guillemet, professeur à l'école de médecine de Nantes ; la section de pœdiatrie, par M. le professeur Kirmisson, membre de l'académie de médecine.

Les rapports déjà mis à l'étude sont les suivants : *De la malignité des kystes de l'ovaire*, par le docteur Cerne, professeur à l'école de médecine de Rouen ; *De l'hystéropexie au point de vue des grossesses consécutives*, par le docteur Oui, professeur-agrégé à la Faculté de Lille ; *De la pyélo-néphrite dans ses rapports avec la puerpéralité*, par le docteur Legueu, professeur agrégé à la faculté, chirurgien des hôpitaux de Paris ; *Du lait cru dans l'alimentation des nourrissons*, par le docteur Méry, professeur-agrégé à la faculté et médecin des hôpitaux de Paris ; *La maladie de Barlow*, par le docteur Ausset, professeur-agrégé à la faculté de médecine de Lille ; *Des infections cutanées chez les nourrissons*, par le docteur d'Astros, medecin des hôpitaux de Marseille ; *Des invaginations intestinales chez l'enfant*, par le docteur Grisel, chef de clinique à la faculté de médecine de Paris ; *Des résultats éloignés fournis par la transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile*, par le docteur Derocque, chirurgien des hôpitaux de Rouen.

S'adresser pour tous renseignements à M. le docteur Albert Martin, professeur à l'école de médecine, 6, place de la Cathédrale, Rouen.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par arrêté ministériel, en date du 30 novembre 1903, la Faculté de médecine de Lille est autorisée à organiser un **enseignement dentaire** dans les conditions prévues par les décrets des 25 juillet 1893, 14 février et 31 décembre 1894.

Cet enseignement fonctionnera à dater du 1er janvier 1904.

Pièces à produire. — Les aspirants doivent produire,

pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Scolarité. Examens. — La durée des études est de trois ans. Les aspirants prennent douze inscriptions trimestrielles. Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

Premier examen. — Eléments d'anatomie et de physiologie ; anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

Deuxième examen. — Eléments de pathologie et de thérapeutique ; pathologie spéciale de la bouche ; médicaments ; anesthésiques.

Troisième examen. — Clinique : affections dentaires et maladies qui y sont liées : opérations. — Opérations préliminaires de la prothèse dentaire.

Dispositions spéciales. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste, à la seule condition de subir les trois examens.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle, antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés, en outre, du premier examen. Les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France au 25 juillet 1893, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste, à la seule condition de subir le deuxième examen.

Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France, seront tenus de subir les trois examens ci-dessus. Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité après avis du Comité consultatif de l'enseignement public

Les aspirants au doctorat en médecine, pourvus de douze inscriptions, qui justifieront d'une année de stage dans le service dentaire hospitalier, seront admis à subir les examens avec dispense du premier de ces deux examens.

Droits à verser. — Les droits d'études et d'examens sont :

Douze inscriptions trimestrielles à 30 fr...	360 »
Douze droits de bibliothèque à 2 fr. 50....	30 »
Travaux pratiques (3 années) : la première à 60 fr., les deux autres à 130 fr. (payables par trimestre)	320 »
Trois examens à 30 fr.	90 »
Trois certificats d'aptitude à 20 fr.	60 »
Diplôme	100 »
TOTAL	960 »

— Par arrêté ministériel en date du 30 novembre, sont nommés **boursiers** pour un an, à dater du 1er novembre 1903, près la faculté de médecine de Lille, MM. les candidats au doctorat BRICOUT, LHEUREUX, GAEHLINGER, TRAMBLIN, GUGELOT.

— Nous avons la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs que par arrêté ministériel du 30 novembre dernier, notre estimé collaborateur M. le professeur-agrégé DELÉARDE est nommé **médecin-adjoint du lycée** Faidherbe à Lille. Nous adressons à notre excellent collègue toutes nos félicitations à cette occasion.

— Par testament olographe, M. Auguste FROMONT, de Lille, décédé le 15 novembre, a fait **legs à la Commission des hospices** de la somme de 2.500 francs. L'acceptation de cette donation vient d'être autorisée.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. P.-C.-J. PETIT, de Dunkerque (Nord), a soutenu, avec succès, le lundi 30 novembre 1903, sa thèse de doctorat (7e série, n° 5), intitulée : **Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives (importance de la réaction de dégénérescence).**

UNIVERSITÉS DE PARIS ET DE PROVINCE

Paris. — M. le docteur RENOY, agrégé, est chargé durant l'année scolaire d'un cours de clinique annexe (hôpital de la Pitié).

Nantes. — M. ROUSSEAU, pharmacien de 1re classe, est constitué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de chimie.

— M. PETITEAU, suppléant de la chaire de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Caen. — M. CHRETIEN, docteur ès-sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Tours. — M. le docteur LAPEYRE, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé du cours d'anatomie pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. LEDOUBLE, professeur d'anatomie.

Marseille. — M. le docteur SILHOL est constitué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Bernard LAVERGNE, de Montredon, ancien sénateur du Tarn ; SIGNARD, de Gray, sénateur de la Haute-Saône ; GORRY, de Saint-Laurent en Médoc (Gironde) ; CÉSAR, de Dijon (Côte-d'Or) ; LAMY, de la Rochefoucauld (Charente); JABOT, de Maringues (Puy-de-Dôme); GRANDJEAN, conseiller général de Conflans (Meurthe-et-Moselle) ; PHILIPPE, de Paris ; GILBRIN, médecin honoraire des hôpitaux de Metz (Lorraine); BERTRAND, de Cousenvoye (Meuse); GRÉGOIRE, de Nîmes (Gard); GRIMAUD, ancien inspecteur des eaux de Barèges; A. PROUST, de l'Académie de médecine, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires ; DUFLOCQ, médecin des hôpitaux de Paris ; Marc DUPUY, médecin en chef de l'hôpital d'Oran (Algérie); RAMOND, de Paris ; DUCROHET, de Saint-Nectaire.

RAYBAUD, interne provisoire des hôpitaux de Marseille.

N° 361. Septième Année. N° 50 Le Numéro : **10** centimes 13 Décembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sutures tendino-musculaires

(TÉNO-MYO-RAPHIES)

par M. le Dr **H. Folet**

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille

Je voudrais attirer l'attention sur une suture assez inédite, je crois : la réimplantation de tendons coupés dans la masse charnue du muscle.

J'ai improvisé cette suture par nécessité chez une blessée qui avait eu tous les tendons fléchisseurs de l'avant-bras sectionnés vers le point où ils se dégagent de leurs fibres musculaires. Je n'étais pas sans quelque appréhension sur les résultats fonctionnels qu'elle donnerait. On en peut bien juger aujourd'hui que deux ans et demi se sont écoulés depuis l'intervention.

Voici le fait, qui présente de plus, au point de vue du traumatisme concomitant du nerf médian, des particularités très inexpliquées :

Le 23 juillet 1901, je fus appelé par mon excellent confrère et ami, le Dr VINCENT, d'Armentières, auprès d'une jeune fille, Mlle X..., qui s'était fait la veille, en passant la main à travers une vitre, une grave blessure de la partie inférieure de l'avant-bras droit. La plaie, large et profonde, siégeait, suivant une ligne transversale légèrement oblique, de la base de l'apophyse styloïde radiale à deux centimètres au-dessus de la base de l'apophyse styloïde cubitale. Une hémorrhagie artérielle, de la cubitale probablement, avait été arrêtée par une ligature faite au moment du traumatisme. *Toute flexion des quatre doigts et du pouce était absolument impossible* et de nombreux bouts de tendons coupés se voyaient dans la blessure.

La malade ayant été chloroformée, je pratiquai, perpendiculairement à la plaie, une incision de dix centimètres ; et, en disséquant et rabattant les quatre angles de la plaie cruciale ainsi obtenue, je mis largement à nu toute la région traumatisée.

Alors s'offrit aux yeux un faisceau de huit ou dix tendons coupés, les uns à section nette, les autres plus ou moins mâchés et effilochés. C'étaient les bouts inférieurs. En saisissant successivement avec une pince chacune de ces languettes tendineuses, on s'assurait que c'étaient les tendons : du fléchisseur

superficiel (flexion de la phalangine sur la phalange, la phalangette restant étendue); du fléchisseur profond (flexion de la phalangette); du fléchisseur propre du pouce; du grand palmaire (flexion de la main en totalité).

Dans ce bouquet de tendons coupés nous avions naturellement cherché le nerf médian qui, situé entre les tendons du fléchisseur superficiel et ceux du fléchisseur profond, ne pouvait avoir échappé au traumatisme. Le bout supérieur du nerf pouvait être caché en haut, dans les fibres musculaires déchiquetées, mais le bout inférieur *devait* se trouver au milieu des tendons sectionnés. Nous fûmes très surpris, malgré des recherches minutieuses qui durèrent plusieurs minutes, de ne l'y point rencontrer. Tous les cordons tendineux, successivement explorés par tiraillement, comme nous venons de le dire, amenaient la flexion d'un doigt ou du pouce. Celui qui amenait la flexion de toute la main (tendon du grand palmaire), qui aurait pu en imposer pour le tronc du nerf, fut particulièrement exploré; sa coupe, rafraîchie au bistouri, ne présentait nullement l'aspect d'une coupe de nerf. Où était donc le médian? Aurait-il, par miracle, fui sous le tranchant? Je ne trouvais pas plus le cordon intact du nerf que les bouts du nerf coupé. L'idée d'une anomalie nerveuse se présenta à notre esprit. Mais cette question de la destinée du médian, qui reste le point très énigmatique de notre observation, sera tout à l'heure examinée à part, afin de ne point interrompre ce qui a trait au traumatisme des tendons.

Je reviens à mes sections tendineuses. Les bouts supérieurs étaient très peu apparents; beaucoup n'existaient même plus, pour ainsi dire. La section avait eu lieu près du point où les tendons se détachent de leurs faisceaux musculaires. Que l'on veuille bien se rappeler la disposition des muscles de la région antibrachiale antérieure. Les fibres charnues du fléchisseur sublime entourent d'abord complètement les tendons à leur naissance, puis elles les recouvrent d'un seul côté et les accompagnent jusqu'au voisinage du ligament antérieur du carpe. Le corps charnu du fléchisseur profond, plus volumineux que celui du superficiel, recouvre en arrière les tendons qui en naissent également jusqu'au voisinage du ligament annulaire. Disposition analogue au fléchisseur propre du pouce que les fibres musculaires accompagnent aussi presque jusqu'au poignet. Ce que je voyais à la région supérieure de ma plaie, c'étaient les portions inférieures des masses charnues des muscles fléchisseurs sus-nommés, sur lesquelles flottaient des lambeaux aponévrotiques déchiquetés et des languettes fibreuses, quelques-unes complètement rétractées dans la chair.

Il était absolument impraticable de réapparier et de recoudre exactement chacun de ces lambeaux fibreux à son bout congénère périphérique. Alors, voici ce que je fis : je traversai d'un catgut chacun des bouts inférieurs (quelquefois deux à la fois, les tendons fléchisseur superficiel et profond d'un même doigt, par exemple,) et je les fixai à un faisceau musculaire épais, parfois doublé, pour plus de solidité, d'un des lambeaux d'aponévrose ou de tendons flottants, enfouissant en quelque sorte le bout de tendon dans la chair rouge, sans savoir à quel muscle précis appartenait le faisceau charnu de chaque suture, car il était impossible de faire cette détermination exacte.

Je fis ainsi une demi-douzaine de sutures tendino-musculaires; non pas des *ténoraphies* (j'insiste là-dessus, parce que c'est là le côté intéressant et original du cas), mais des *implantations* de cordons fibreux dans la chair, de véritables *réinsertions tendineuses*, des *téno-myo-raphies*.

Ces sutures terminées, quelques points réunirent la plaie cutanée; puis la main fut fixée en état de flexion à angle droit sur l'avant-bras, les doigts fléchis, et cette position fut maintenue pendant une quinzaine de jours. L'opération ayant été aseptiquement faite, les suites furent des plus simples. La réunion cutanée se fit *per primam*, sauf le petit coin interne de la plaie transversale, là où avait été posée la ligature vasculaire.

Les tendons réinsérés allaient-ils trouver une réimplantation musculaire solide? Les faisceaux charnus, accouplés à des cordons fibreux qui n'étaient pas tout juste ceux auxquels ils s'adaptaient autrefois, allaient-ils fonctionner convenablement, d'ensemble et à l'état isolé? *Quid* du nerf médian? J'attendais avec une curiosité un peu inquiète. Devant la famille, d'ailleurs, j'avais fait mes réserves et prévenu que je ne répondais pas d'un résultat fonctionnel parfait.

Mon attente fut largement trompée en bien. Dès octobre, c'est-à-dire trois mois après, la jeune fille fléchissait un peu tous ses doigts, *toutes* les phalanges de *tous* ses doigts et du pouce. Ces mouvements de flexion manquaient assurément d'énergie et d'ampleur, mais ils étaient très nets et se répétaient au commandement aussi souvent qu'on le voulait. La sensibilité existait intacte à la face palmaire des trois premiers doigts, c'est-à-dire dans la zone d'innervation sensitive du nerf médian, ainsi, du reste, que nous l'avions déjà constaté dès les premières semaines qui avaient suivi l'intervention opératoire.

Peu à peu, les mouvements des doigts devinrent plus étendus et plus forts, et voici quelle était la situation fonctionnelle de la main le 20 septembre 1902, quatorze mois après l'opération :

La malade fléchit *complètement* et sans douleur tous les doigts et le pouce; elle peut, en un mot, fermer le poing. La force avec laquelle elle serre un objet est un peu moindre de ce côté que du côté sain. Elle se sent plus faible encore de la main blessée que de l'autre, mais, depuis quelques mois, il lui semble que la vigueur musculaire de sa main droite s'accroît. Pour que la flexion des doigts ou du pouce soit tout à fait complète et facile, il est bon que tous les doigts l'exécutent *simultanément*. La flexion *isolée* d'un doigt et surtout du pouce est malaisée quand on maintient les autres doigts étendus. Aussi la jeune malade exécute-t-elle beaucoup plus facilement les travaux comportant les mouvements d'ensemble que ceux qui nécessitent la mobilité particulière de chaque doigt. Elle s'habille, à table se sert et manie la fourchette et le couteau, ouvre une porte, se livre aux besognes de la vie courante et même écrit, dessine et peint presque

aussi bien, quoiqu'avec un moins de force, qu'autrefois ; tandis qu'elle éprouve plus de difficulté à jouer du piano ou à faire certains travaux délicats d'aiguille. Mais, là encore, il y a progrès constatable.

Toujours aucun trouble de sensibilité dans la zone d'innervation du médian. Pas de troubles trophiques; aucune apparence de *glossy skin*, comme je l'ai déjà observé dans les suppressions traumatiques de l'innervation du médian. Il y a bien un peu d'amaigrissement de la main, visible aux éminences thénar et hypothénar, pas plus à l'éminence thénar, animée par une branche du médian, qu'à l'hypothénar, animée par le cubital. Sans doute, cette atrophie tient au non-usage relatif de sa main droite, qu'elle n'emploie encore qu'à des besognes d'adresse plutôt que de vigueur.

Il est évident que, les faisceaux musculaires, pris un peu au hasard dans la masse charnue de l'avant-bras et suturés aux tendons coupés, ont contracté avec eux une adhérence qui va se solidifiant de jour en jour, et que ces réunions ont reconstitué de nouveaux muscles complets, lesquels, liés d'abord fonctionnellement les uns aux autres, parce que leurs corps musculaires étaient fusionnés, tendent de plus en plus, par l'exercice, à séparer, à individualiser leurs faisceaux.

Au point de vue de l'esthétique, on remarque que le coin cubital de la cicatrice transversale est un peu mince, froncé et pigmenté, très légèrement douloureux à un toucher un peu rude. De plus, un tendon, ayant, au milieu du poignet, adhéré à la face profonde du derme, fait faire un petit pli à la peau chaque fois qu'il se contracte. Il serait très facile de remédier à ces minimes inconvénients par une nouvelle petite opération. Mais la malade paraît n'y pas tenir, heureuse qu'elle est d'avoir retrouvé une main presque parfaite, au lieu de la main inerte, difforme et atrophiée dont la menaçait sa blessure.

J'ai rencontré par hasard, le 22 juin 1903, Mlle X..., qui, depuis huit mois que je ne l'avais vue, avait eu recours pour tout traitement supplémentaire à une vingtaine de séances de courants continus, que lui avait administrés mon excellent confrère, le Dr Bédart. Elle est dans le même état que l'année dernière, amélioré. La sensibilité paraît intacte à tous les doigts. Aucun trouble trophique. Les mouvements des doigts sont ceux d'il y a un an, un peu plus énergiques encore ; ils ne pouvaient guère être plus étendus. La seule particularité à noter, c'est que Mlle X... ne peut fléchir le pouce quand on maintient de force les quatre doigts étendus ; évidemment, le tendon du pouce, réimplanté dans les fibres musculaires du fléchisseur commun ne s'est pas encore individualisé. Aussi Mlle X... fait-elle beaucoup plus aisément encore les mouvements d'ensemble que les mouvements isolés des doigts. Elle repianote pourtant un peu, sans s'y remettre sérieusement. Les muscles thénar fonctionnent parfaitement. Il n'y a plus d'atrophie de la main. Le pli de la peau s'est mobilisé. Le Dr Vincent, qui a revu la malade en octobre, a constaté le même état de choses.

Je ne connais pas d'autre exemple de la réunion d'une fibre tendineuse à une fibre musculaire rouge aboutissant à une restauration parfaite des fonctions. Je n'ai trouvé d'*analogue* qu'un fait de M. Delorme, qui, en 1894, devant une rupture ancienne du muscle moyen adducteur, mit à nu les fibres musculaires recourbées, pelotonnées en boule, les dégagea, les déroula et alla les insérer en étages, par petits faisceaux, sur la corde et la gangue fibreuse qui représentaient l'insertion inférieure du muscle (1). Ce n'était pas la même chose que dans mon opération ; c'était même tout le contraire, puisque ce n'étaient pas des tendons qui avaient été réimplantés dans la chair, mais bien des faisceaux musculaires qui avaient été suturés à des fibres aponévrotiques. Au fond, cela aboutissait au même résultat : la réunion opératoire d'un tissu fibreux à un tissu musculaire rouge, une *téno-myo-raphie*. Et, dans ce cas comme dans le mien, l'union des tissus suturés fut obtenue et le succès définitif très satisfaisant.

***

Il me reste à parler du nerf médian. L'on a vu combien j'avais été stupéfait de ne le point rencontrer, malgré une recherche attentive, au milieu des tendons coupés. J'avais même songé à une anomalie possible. Mauclaire a vu le médian se bifurquer à l'avant-bras en ses branches terminales, dont l'externe innervait le pouce au point de vue moteur et sensitif et donnait la collatérale externe de l'index. Grüber a également observé un cas de division précoce à l'avant-bras (2). Testut a vu un cas analogue : « Dans un cas, le » médian se partageait à la partie moyenne de l'avant- » bras en deux branches d'égal volume. L'externe » fournissait les rameaux musculaires de l'éminence » thénar, les nerfs des deux premiers lombricaux et » les quatre premiers collatéraux ; l'interne donnait » deux anastomoses au cubital et se terminait par les » trois derniers collatéraux (3). » M. Georges Gérard, agrégé d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille, possède dans son « registre d'anomalies » un fait du même genre.

La plupart des anatomistes descripteurs de ces anomalies fournissent des détails insuffisants sur les rapports exacts et le trajet de ces branches de bifurcation prématurée. Mauclaire, pourtant, a donné

(1) Poirier, t. III, p. 1060.
(2) Testut, t. III, p. 693.
(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 1896.



une figure (1) qui les montre descendant parallèles, médianes, très rapprochées l'une de l'autre. Et il ne paraît pas probable qu'elles s'écartent jamais beaucoup et arrivent à se placer sur les régions tout-à-fait latérales de l'avant-bras, de façon à échapper au massacre dans le cas d'un traumatisme analogue au nôtre.

Donc, vraisemblablement, le nerf, dans notre observation, a été coupé, bien que ses segments aient échappé à nos recherches.

Mais, alors, nouvelle difficulté : comment expliquer la non-existence des symptômes de paralysie dans la zone d'innervation? Les deux bouts que nous n'avions pas découverts s'étaient-ils, du fait de la suture tendino-musculaire, trouvés, par un merveilleux hasard, accolés ou placés juste en face l'un de l'autre et ressoudés, soit par contact direct, soit par bourgeonnements tentaculaires des cylindraxes du bout supérieur allant à la rencontre du bout inférieur? Ce processus aurait ainsi amené le retour très rapide, quasi-immédiat, des fonctions du nerf. Ce n'est pas absolument impossible, mais ce serait là une chance si heureuse qu'on hésite à l'admettre.

Ou bien encore le tronc du médian étant coupé et ne se restaurant point, la sensibilité s'est-elle néanmoins rétablie sans lui? Car il peut y avoir section complète d'un nerf mixte sans anesthésie dans le territoire qu'il innerve habituellement. (2) Cette absence d'anesthésie peut exister, ou bien immédiatement après la blessure; ou bien la sensibilité, qui avait disparu durant quelques heures ou quelques jours, reparaît intégralement avant qu'il puisse être question de régénération. Cette absence d'anesthésie est due, dans le premier cas, à des anastomoses anormales entre les troncs nerveux de la région ; dans le second cas, à des anastomoses au niveau des terminaisons par lesquelles se rétablit le courant interrompu. C'est à cette variété de sensibilité indirecte qu'Arloing et Tripier ont donné le nom de *sensibilité récurrente* et Létiévant de *sensibilité suppléée* (3).

Telles sont les diverses hypothèses que l'on peut soulever à propos du sort qu'a subi le médian. Mais aucune d'elles n'est ni parfaitement satisfaisante ni dûment établie.

(1) *Bull. Soc. Chir.*, 1897, p. 249.

(2) Schartz, *Plaies des nerfs* in Le Dentu-Delbet.

(3) Létiévant, *Sections nerveuses.*

Néphrite chronique atrophique post-diphtéritique

par M. Gellé,
interne des hôpitaux, préparateur d'anatomie pathologique

Si l'on observe fréquemment au cours d'une diphtérie l'apparition de l'albuminurie, si même cette néphrite présente des lésions épithéliales assez profondes, il est rare, au dire des nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question, de voir la lésion du rein évoluer vers le type chronique.

En effet, en consultant les travaux de Labadie-Lagrave ou la thèse, plus récente, de Morel, ainsi que le travail de Tscheglow, de Klitine, on peut se rendre compte que les lésions rénales sont presque totalement représentées, soit par de la glomérulite, soit par des hémorragies sous-capsulaires ou glomérulaires, en un mot par des lésions épithéliales ; parfois même, cela est noté comme rare, on peut rencontrer enfin de la dégénérescence graisseuse. Nous citerons à cet effet l'observation I de la thèse de Labadie-Lagrave, où l'auteur signale, chez une enfant ayant contracté la diphtérie depuis un mois, un léger commencement d'atrophie granulo-graisseuse du rein gauche, en même temps que de la congestion et de la néphrite parenchymateuse des deux reins.

A l'étranger, la néphrite atrophique consécutive à la diphtérie ne paraît pas avoir été observée ; il nous a été impossible de retrouver aucun cas de ce genre dans la littérature allemande ou anglaise de ces derniers temps.

Il semble donc résulter des nombreuses observations citées dans les différents ouvrages que, si la diphtérie occasionne souvent les inflammations épithéliales et de la congestion vasculaire et glomérulaire du rein, il est rare de voir ces lésions évoluer vers l'état chronique et déterminer l'atrophie du rein. Telle est d'ailleurs l'opinion de M. Chauffart et de M. Brault dans leurs articles récents sur les néphrites.

Cette néphrite chronique atrophique fut cependant rencontrée par quelques auteurs, et, sans remonter aux travaux de Rayer ou à ceux de Grégori relatés dans la thèse de M. Claude, nous citerons cependant l'observation de MM. Talamon et Lecorché, publiée dans leurs traités sur l'albuminurie.

« Contrairement à la scarlatine, disent ces auteurs, la diphtérie semble peu apte à déterminer l'atrophie rénale. Nous avons toutefois observé le cas suivant chez une fillette. A l'âge de neuf ans, cette enfant eut une angine diphtérique grave avec albuminurie abondante. La diphtérie guérie, l'albuminurie persista, l'enfant resta pâle, anémique, l'urine était claire et abondante; cette dernière, examinée pendant trois ans presque journellement par le père, contenait une proportion d'albumine qui variait de 0,50 centigrammes à 1 gramme par litre. Jamais il n'y eut

d'anasarque, mais seulement une bouffissure grisâtre de la face. A l'âge de douze ans, trois ans après la diphtérie, l'enfant, de plus en plus affaiblie, se plaignant souvent de la tête, ayant parfois de la diarrhée et des vomissements, fut prise de convulsions éclamptiques et mourut en deux jours dans le coma, après cinq ou six attaques convulsives. » Cette observation, on pourra le voir, a quelques analogies avec la nôtre.

Si, comme on vient de le constater, les observations cliniques ne sont pas abandantes au sujet de cette néphrite chronique postdiphtéritique, l'expérimentation a permis, dans ces dernières années, de suivre clairement le développement des différentes lésions causées dans le rein par la toxine du bacille de LOEFFLER; et il suffirait de se rapporter aux travaux de ROUX et YERSIN, de THÉRÈSE, de MOREL, de CLAUDE, ainsi qu'à la présentation faite à la *Société de Biologie* par ENRIQUEZ et HALLION, pour suivre les différentes manifestations, l'évolution de cette néphrite aiguë vers l'état chronique et vers l'état atrophique.

Nous eûmes l'occasion d'observer le cas suivant, il y a quelque temps, dans le service de M. le professeur COMBEMALE :

Le 12 mars 1903, la nommée Jeanne Gh..., âgée de seize ans et demi, entre dans le service de M. le professeur COMBEMALE ; elle se plaint de douleurs vagues dans la région lombaire et de céphalées persistantes. La première impression que l'on a est que cette malade est une chlorotique. Le faciès est strumeux, les lèvres sont grosses, le teint extrêmement pâle, les paupières légèrement gonflées sont atteintes de blépharite chronique. L'état général est défectueux.

De petite taille, mince et chétive, la malade a beaucoup plus l'apparence d'une enfant de douze à treize ans que d'une jeune fille ; de plus, elle n'a jamais été réglée. Elle porte à la partie médiane du cou une cicatrice blanchâtre qui est la trace d'une trachéotomie ancienne. Nous apprenons, en effet, qu'à l'âge de trois ans elle fit une diphtérie grave qui nécessita cette opération. C'est d'ailleurs la seule affection sérieuse que l'on puisse retrouver dans toute son enfance.

Le 12 mars, en plus de la rachialgie intense déclarée à la consultation, la malade se plaint de céphalée permanente excessivement douloureuse et qui la met dans un état d'abattement manifeste tant elle est vive. L'enfant se plaint d'une sensation constante d'extrême faiblesse, le moindre travail la fatigue et lui donne des palpitations de cœur. L'auscultation ne donne aucun signe particulier du côté des poumons ; au cœur on constate que les bruits sont bien frappés ; il n'y a aucun signe surajouté ; on constate toutefois une accélération du pouls.

Les fonctions digestives sont altérées ; l'appétit est diminué, la constipation est opiniâtre. Le lendemain de son entrée, la malade est prise de vomissements fréquents, qui se font sans aucun malaise ni effort préalable.

Devant ces différents symptômes : céphalée, rachialgie, vomissements, constipation, on crut à une méningite. Une ponction lombaire nous donna du liquide rachidien, clair et abondant.

Pourtant, l'absence de fièvre rendait le diagnostic douteux, et, devant la grande quantité d'albumine trouvée à l'examen des urines, on porta le diagnostic de néphrite.

Le régime lacté absolu fut dès lors institué ; peu à peu les symptômes allèrent en s'améliorant : la rachialgie et l'essoufflement disparurent, la céphalée fut moins vive et moins persistante ; l'albumine persista cependant dans l'urine, dont la quantité était de trois litres environ en vingt-quatre heures.

Cet état d'accalmie durait depuis trois semaines environ quand la malade, réussissant à tromper la surveillance exercée sur elle, fit des écarts de régime.

Le 14 mai la céphalée et la rachialgie apparaissent de nouveau, accompagnées cette fois de bouffissure de la face et d'œdème des paupières. De plus, la malade éprouve une gêne notable du coté du larynx, les inspirations sont lentes, saccadées et profondes, le rythme est irrégulier, sans toutefois arriver à ressembler à celui de CHEYNE-STOKES. Les épistaxis sont fréquents et abondants, la malade ressent des bourdonnements d'oreilles presque constants. Les battements du cœur sont forts ; on a quelques râles à la base des poumons ; l'examen des urines, fait à ce moment, montre toujours de l'albumine en quantité considérable ; on ne constate aucune trace d'œdème prétibial ou périmalléolaire. Petit à petit, la malade s'affaiblit, l'amaigrissement devient de plus en plus manifeste et la mort survient, le 6 juillet 1903, dans une attaque d'urémie respiratoire.

A l'autopsie, on constate une légère congestion de la base des deux poumons ; on ne relève aucune trace de tuberculose. Le cœur est volumineux ; l'hypertrophie porte principalement sur le ventricule gauche, et l'aspect macroscopique de cet organe ressemble assez au cœur de TRAUBE. Le foie est de volume normal ; à la coupe, on remarque cependant quelques fines travées scléreuses ; celles-ci, toutefois, sont peu développées. La rate, de volume et de poids normaux, présente des traces de sclérose.

Les reins, par contre, sont extrêmement atrophiés. Tous deux sont beaucoup plus petits qu'à l'état normal. Le rein droit, le plus volumineux des deux, pèse 64 grammes, tandis que le rein gauche, beaucoup plus rétracté, ne pèse que 24 grammes. Leur forme est relativement bien conservée. Leur coloration est gris rougeâtre. Celui de droite a comme dimension 8 centimètres dans sa plus grande longueur, c'est-à-dire du pôle inférieur au pôle supérieur, sur 5 centimètres de largeur, celle-ci prise au niveau du hile. Le rein gauche offre, comme dimensions mesurées dans les mêmes conditions, 4 centimètres 5 millimètres de longueur sur 3 centimètres 4 millimètres de largeur. Tous deux ont une surface granuleuse typique, laissant voir de profonds sillons et quelques rares petits kystes disséminés sous la capsule, qui est très adhérente et ne peut se décortiquer. A la coupe macroscopique, on voit que la couche corticale, très atrophiée, ne mesure plus que 2 à 3 millimètres. En certains endroits, les pyramides semblent même affleurer à la capsule ; elles sont rétractées et laissent voir dans leur intérieur de fines traînées blanchâtres de tissu conjonctif. Les colonnes de BERTIN sont moins développées qu'à l'état normal. En résumé, le processus atrophique semble avoir frappé les différents systèmes du rein, tant la couche corticale que les pyramides ; et ceci est surtout visible sur le rein gauche, où l'on ne relève que la trace de trois pyramides sur une coupe totale du rein, allant de la convexité au hile.

Examen histologique. — A l'examen, au faible grossissement des coupes prélevées dans la substance des deux reins comprenant le champ triangulaire représenté par une pyramide de MALPIGHI et ses prolongements médullaires, on constate que toute cette coupe est traversée par de larges bandes de sclérose partant de la surface rénale pour s'enfoncer à travers la substance corticale tout en suivant le trajet des espaces interlobulaires.

Cette disposition donne ainsi l'aspect classique de la dissociation lobulaire du rein telle qu'on l'observe dans la néphrite interstitielle atrophique d'origine vasculaire.

Au niveau de la voûte vasculaire toutes les colonnes de sclérose interlobulaire se fusionnent et forment de larges nappes de tissu conjonctif qui envahissent toute la pyramide et en dissocient les tubes.

Dans la région corticale, la disposition en travées de sclérose interlobulaire n'est pas cependant partout évidente. En beaucoup d'endroits, elles se sont réunies les unes aux autres, de sorte que toute la topographie corticale a disparu. On ne trouve plus que des îlots de labyrinthe disséminés dans de vastes champs de sclérose.

Le tissu conjonctif se montre, en général, à l'état fibrillaire avec quelques rares points d'infiltration leucocytaire. Ceux-ci, disséminés de place en place, se rencontrent de préférence dans la région sous-capsulaire où il existe de véritables foyers d'inflammation aiguë.

Vaisseaux. — Les artérioles interlobulaires présentent un léger épaississement de leur endartère, mais on ne trouve nulle part d'endartérite avancée comme dans la néphrite interstitielle ordinaire. Aucune thrombose n'est remarquée, c'est à peine si l'on constate l'existence de quelques foyers leucocytaires disséminés dans l'étendue de la coupe.

Dans les régions moins lésées, c'est cependant de préférence autour des vaisseaux que se forme la sclérose, mais on ne saurait parler d'une production conjonctive systématique, car dès qu'elle atteint un certain développement elle pénètre très rapidement entre les tubes et aboutit bientôt au type de la sclérose diffuse.

Glomérules. — A côté de glomérules encore perméa les, on en rencontre un grand nombre ayant subi de profondes altérations. Les uns, légèrement hypertrophiés, remplissant la cavité glomérulaire, laissent voir entre les capillaires du peloton vasculaire, de petites plaques scléreuses. Dans d'autres, le tissu conjonctif devient de plus en plus confluent, quelques-uns enfin, complètement transformés en un bloc fibreux, sont confondus avec leur capsule de BOWMAN. Celle-ci présente les lésions de capsulite et de périglomérulite chronique. Toutes ces lésions aboutissent à l'oblitération totale et à la transformation fibreuse du glomérule.

Les lésions des tubes excréteurs et sécréteurs sont développées à un tel degré qu'il est impossible de déterminer la topographie exacte. Ce qui est évident, c'est que la sclérose affecte encore une tendance à la systématisation interlobulaire. Les travées conjonctives alternent en certains points avec des amas de tubes énormément dilatés, tandis qu'au contraire là où la sclérose est diffuse, il ne reste plus que des îlots de tubes très ectasiés, disséminés dans les champs de prolifération conjonctive. On peut même dire qu'il n'existe dans toute l'écorce que des tubes ectasiés, tantôt isolés les uns des autres, tantôt réunis en groupes plus ou moins confluents.

Presque toutes les cellules des tubes ont perdu leur structure d'épithélium cylindrique. Les unes, légèrement aplaties, affectent le type cubique, d'autres ont subi presque totalement la transformation lamellaire. Dans un grand nombre de tubes, enfin l'épithélium desquamé occupe le centre de la lumière; celle-ci, parfois, est encore obstruée par un coagulum légèrement rétracté, hyalin et qui se présente sous deux aspects. Tantôt la masse hyaline est homogène et se colore fortement en jaune par l'acide picrique. Tantôt le coagulum est constitué par une substance finement grenue montrant moins d'affinité colorante par l'acide picrique que la masse hyaline. Dans quelques coupes on remarque les traces d'hémorrhagies intratubulaires.

Les pyramides de FERREIN et les tubes collecteurs n'apparaissent plus réunis en faisceaux, mais dissociés par la sclérose. Leur épithélium est beaucoup plus bas qu'à l'état normal. Les tubes ont perdu leur direction rectiligne, de sorte qu'ils n'apparaissent plus nettement dans les coupes avec la disposition rayonnée qui leur est propre. Chaque tube paraît être coupé plusieurs fois et pelotonné sur lui-même.

La même prolifération conjonctive se retrouve dans les coupes des pyramides des deux organes. Elle s'y montre sous l'aspect d'une nappe continue de sclérose ayant envahi, en presque totalité, cette partie du parenchyme rénal. Sa constitution est la même que dans la substance corticale. Les tubes droits écartés les uns des autres par le tissu conjonctif paraissent moins nombreux qu'à l'état normal. Ils ont également perdu leur direction rectiligne pour affecter une disposition sinueuse. Tantôt ils se présentent avec un calibre atrophié, tantôt considérablement distendus, ils ont une tendance à former de petits kystes microscopiques. Cette dilatation des tubes de BELLINI siège surtout non loin de la papille.

Il est à noter enfin, qu'autour des tubes, le tissu conjonctif devient plus dense, les fibres sont plus compactes et forment une véritable gaîne péritubulaire. L'épithélium des tubes droits est très altéré. Dans le plus grand nombre des tubes, l'épithélium desquamé occupe la lumière tubulaire. Dans d'autres canaux collecteurs, la desquamation n'est pas aussi complète, un certain nombre de cellules restent encore adhérentes à la membrane basale, mais leur protoplasma est trouble et les limites sont peu nettes.

Enfin, dans les tubes dilatés, l'épithélium a pris une forme aplatie, presque un type pavimenteux. Les cellules sont en grande partie accolées à la paroi tubulaire, tandis que la lumière du canal collecteur est obstruée par des cylindres hyalins. En résumé; il s'agit d'une sclérose très avancée ayant envahi la totalité du parenchyme rénal.

Bien que, dans les régions relativement moins lésées, on puisse encore observer une tendance à la systématisation interlobulaire de la slérose, il n'en est pas moins vrai que l'on ne saurait faire, de l'ensemble de ces lésions, un type de néphrite systématique. Bien au contraire, la majeure partie de l'organe présente une sclérose tout à fait diffuse ayant disséqué, de toute part, les tubes du labyrinthe et de la pyramide sans ordre apparent. Il n'existe pas non plus de lésions vasculaires très avancées, mais seulement un peu d'endartérite. La sclérose s'accompagne, au contraire, de lésions très anciennes et très avancées des épithéliums.

En un mot, ces reins réalisent, au plus haut point, le type de la sclérose diffuse consécutive à de vieilles lésions épithéliales.

BIBLIOGRAPHIE

H. CLAUDE. — Thèse Paris 1897, n° 286.

ENRIQUEZ et HALLION. — Société de biologie, 1894.

ENRIQUEZ. — Thèse Paris 1893.

KLITINE. — Tome VIII. *Archives des sciences biolog. experim.* Saint-Pétersbourg 1901.

LECORCHÉ et TALAMON. — Traité de l'albuminurie, 1888.

MOREL. — Thèse Paris 1891, n° 139.

ROUX et YERSIN. — Annales Institut Pasteur, 1888-1889-1890.

THÉRÈSE. — Thèse Paris 1893, n° 165.



Consultations Médico-Chirurgicales

Conjonctivite granuleuse

Docteur E. PAINBLAN.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un individu, paraissant bien portant, mais de tempérament lymphatique et d'autre part mal nourri, se plaint de larmoiement, de sensation de corps étrangers sous la paupière supérieure, de lourdeur de cette paupière. En l'interrogeant, il vous apprend que cette gêne s'est installée peu à peu, ou bien qu'il a eu, d'un côté quelquefois, souvent des deux, à quelques semaines d'intervalle, une légère conjonctivite avec sécrétion muco-purulente.

Actuellement il présente un peu de photophobie ; la paupière supérieure est très légèrement tombante ; la conjonctive bulbaire est injectée : la cornée, intacte au début, est légèrement infiltrée et dépolie à sa partie supérieure que sillonnent parfois déjà de fins vaisseaux. La paupière retournée, on voit de petites saillies papillaires, moyennement confluentes, disposées assez régulièrement sur la conjonctive palpébrale, entre le tarse et le cul-de-sac supérieur ; ces saillies hémisphériques à demi-transparentes, à sommet quelquefois jaunâtre, reposent sur une conjonctive injectée, rouge ou violacée. C'est là la forme ordinaire de la *conjonctivite granuleuse à marche chronique*, au cours de laquelle peuvent se produire des phénomènes subaigus ou aigus : pendant quelques jours il existe alors du gonflement de la paupière avec rougeur, hypertrophie de la conjonctive et sécrétion catarrhale agglutinant les cils. Cette poussée peut être sans gravité ; elle peut s'accompagner, au contraire, surtout chez les sujets affaiblis, de lésions cornéennes : abcès ou ulcères, et surtout de pannus cornéen plus ou moins épais, plus ou moins étendu, constitué par un réseau de fins vaisseaux, qui, partant de la conjonctive, pénètrent en rayonnant dans le tissu cornéen infiltré à sa partie supérieure.

II. — Chez un sujet affaibli, strumeux, quelquefois même scrofulo-tuberculeux, les paupières sont tuméfiées et tombantes, le larmoiement est constant, il existe en outre une abondante sécrétion muco-purulente et même purulente. La conjonctive oculaire est rouge et injectée. La cornée présente un pannus épais, recouvrant presque sa moitié supérieure, d'autant plus accusé que les paupières sont plus étroites, avec de vraies granulations quelquefois. Il peut exister de la kératite purulente sous forme d'abcès ou d'ulcères cornéens, avec parfois tendance à la perforation.

Sous la paupière supérieure se trouvent des granulations volumineuses et confluentes ; toute la surface conjonctivale est garnie de grosses papilles, envahissant quelquefois la caroncule et la paupière inférieure, ce sont parfois des élevures rouges et fongueuses, quelquefois des végétations polypiformes. La douleur est vive, la photophobie extrême. C'est encore de la *conjonctivité granuleuse à forme grave*.

III. — Un malade se plaint de larmoiement ou de gêne oculaire ou de lourdeur de la paupière ; un autre présente un léger ptosis, ou du trichiasis ou un peu d'entropion. Un autre enfin présentera, un peu de kératite vasculaire, surtout à la partie supérieure.

Si l'attention n'est pas attirée, on omettra de retourner la paupière et une conjonctivite granuleuse est méconnue, tant les phénomènes réactionnels sont peu marqués. Pour éviter cette erreur, il faut prendre comme règle de retourner les paupières de tous les malades qui accusent une irritation oculaire dont la cause n'est pas évidente. Dans ce but, le malade regardant en bas, saisissez les cils que vous attirez légèrement en avant, pendant qu'avec un doigt de l'autre main, vous déprinez doucement la peau pour luxer le tarse. La paupière retournée, examinez attentivement, déplissez bien le cul-de-sac supérieur, au fond duquel, dans ces cas insidieux et, surtout au début, se cachent les produits morbides qui peuvent ainsi échapper à un examen superficiel. Ils sont du reste quelquefois isolés ou limités à une partie de la muqueuse. N'oubliez pas que ces *conjonctivités granuleuses à forme insidieuse* peuvent, tout comme les formes habituelles, déterminer des lésions cicatricielles fort gênantes.

IV. — Plus tard, à la période cicatricielle, après des semaines, des mois, parfois des années, le malade se présente avec des muqueuses conjonctivales irrégulières, sillonnées de lignes blanches cicatricielles, la fente palpébrale est rétrécie, le tarse est rétracté : la paupière supérieure, bombée en avant, se recroquevillera petit à petit, amenant des déformations, de l'entropion, du trichiasis. Les voies lacrymales sont déviées, rétrécies ; la conjonctive présente des cicatrices, quelquefois du xérosis. Des brides cicatricielles peuvent constituer un symblépharon. Du côté de la cornée, il peut encore y avoir du pannus, mais plus souvent aux ulcères et aux abcès ont succédé des taies, des leucomes plus ou moins étendus et vascularisés, couvrant quelquefois toute la moitié supérieure. Un staphylome ou même une perforation ont pu suivre la kératite purulente. Ce sont les *séquelles de la conjonctivite granuleuse*.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'ophtalmie granuleuse en raison de sa

contagiosité, de sa longue durée et des complications graves et éloignées qu'elle entraîne du côté de la cornée et des paupières, est une affection des plus redoutables. Il n'existe pas de moyen spécifique à lui opposer.

Les formes et les complications de la conjonctivite granuleuse étant variables, les indications générales sont difficiles à poser; on les reconnaît mieux pour chaque cas particulier. Toutefois, les grandes lignes du traitement sont les suivantes :

α) Combattre les accidents inflammatoires, lutter contre l'hypertrophie de la conjonctive, hâter la cicatrisation des lésions spécifiques granuleuses pour diminuer la longue durée de la maladie.

En l'absence de traitement spécifique, le but du traitement sera de débarrasser le plus vite possible la conjonctive de ses granulations, en créant une réaction inflammatoire aiguë, soit au moyen de divers antiseptiques, soit par une intervention chirurgicale.

β) Prévenir les complications immédiates ou éloignées du côté de la cornée ou des paupières, les soigner lorsqu'elles se sont produites.

γ Soigner l'état général, se rappelant que les complications sont plus fréquentes et l'affection plus grave chez les débilités, les strumeux, les lymphatiques.

δ) L'affection étant contagieuse et épidémique, les circonstances qui favorisent sa production étant connues, faire la prophylaxie de la maladie et édicter les précautions hygiéniques propres à enrayer la contagion.

TRAITEMENT. — Le traitement sera donc local, il sera aussi général; il sera enfin hygiénique et prophylactique.

I. TRAITEMENT LOCAL. — Le traitement local est le plus important; il peut suffire seul à la guérison du malade. Il doit être employé aussi longtemps que la conjonctive n'aura pas recouvré son état normal; il ne convient pas de le cesser brusquement; il faut enfin le reprendre à la moindre alerte; car s'il est facile d'obtenir une guérison temporaire, on n'est pas à l'abri d'une écidive toujours possible.

On traitera: A) la conjonctivite granuleuse elle-même; B) les complications.

A. Traitement de la conjonctivite granuleuse elle même. — Médical d'abord, ce traitement pourra être aussi chirurgical, le plus souvent il sera mixte. Plusieurs cas peuvent se présenter, qui appellent des moyens différents.

MOYENS MÉDICAUX. — **a) Les granulations sont moyennement confluentes, il y a peu de sécrétion.** — Employez la solution :

Sublimé	10 centigrammes
Chlorure de sodium	50 centigrammes
Eau distillée	20 grammes

retournez la paupière, promenez doucement le pinceau légèrement exprimé sur toute l'étendue de la muqueuse, répétez tous les deux jours. Vous employerez de la même façon le sulfate de cuivre :

Glycérine neutre	10 grammes
Sulfate de cuivre	0.75 à 1 gramme

en cautérisations tous les jours ou tous les deux jours. Ou bien vous vous servirez du crayon de **sulfate de cuivre** dont vous aurez poli les aspérités et que vous passerez à la surface de la conjonctive tous les six ou sept jours.

La douleur provoquée par ces cautérisations est très vive; atténuez-la par des applications tièdes : faites-les précéder et suivre de l'instillation d'un collyre à la cocaïne à un pour cinquante.

Contre la réaction qui suit, employez les grands lavages ou les compresses à l'eau boriquée froide.

En général, il faut **attendre, pour renouveler une cautérisation, que l'inflammation amenée par la précédente ait totalement disparu.**

b) Les granulations sont hypertrophiques, s'accompagnent de sécrétion mucopurulente. — Vous employerez ici avec succès le **nitrate d'argent.**

Nitrate d'argent	20 à 40 centigrammes
Eau distillée	10 grammes

Ayez soin de garantir la surface cornéenne en refoulant avec le pouce la paupière inférieure, passez sur la paupière supérieure renversée le pinceau imbibé de la solution, neutralisez à l'eau salée ou lavez pour enlever l'excès de caustique. Répétez tous les trois ou quatre jours, plus souvent même suivant l'intensité de la réaction.

c) Les granulations sont isolées ou limitées à certaines parties de la muqueuse. — Dans ce cas, il ne faut employer les caustiques liquides qu avec précaution, de façon qu'ils n'agissent pas sur les parties demeurées saines. Servez-vous du crayon de **sulfate de cuivre**, de **nitrate d'argent mitigé**, d'**alun.**

Ces caustiques sont les plus employés, mais on peut se servir aussi de l'**acide chromique**, de l'**acétate de plomb**. Il ne faut point faire fi du traitement par l'**électrolyse**, le **massage** avec l'acide borique pulvérisé, l'inoculation jequiritique au moyen de frictions avec un tampon imbibé de la macération de **jéquirity** ou mieux d'une solution **d'abrine**, car il sera utile quelquefois de changer de méthode : tel procédé qui aura été inefficace à certaine période de la maladie pourra, à une autre, donner de bons résultats.

Moyens chirurgicaux. — Le traitement médical est long, douloureux, exige de la patience et beaucoup d'endurance de la part du malade.

Aussi peut-on chercher à l'abréger par des moyens chirurgicaux et avoir recours à des **cautérisations ignées** au thermo ou au galvano-cautère des granulations isolées, saillantes, volumineuses ou polypiformes, à la **résection** de ces dernières aux ciseaux, à l'**expression** au moyen de la pince à rouleaux, au **brossage** de la conjonctive, préalablement scarifiée au bistouri, avec une brosse dure trempée dans la solution de sublimé au millième, après section de l'angle externe et retournement complet de la paupière avec une pince : cette dernière opération exige le chloroforme ; elle est suivie d'une réaction extrêmement vive que l'on s'efforcera de calmer par des applications de compresses froides.

Une autre intervention sera souvent utile, ne fût-ce que pour faciliter le traitement médical. C'est la **canthoplastie**, c'est-à-dire l'agrandissement de la fente palpébrale, surtout utile quand les paupières sont étroites et bridées. Cette opération permet le renversement complet des paupières, s'oppose au blépharospasme, facilite l'application des caustiques, s'oppose à l'entropion au début, et, diminuant la pression exercée sur le globe, a une influence favorable sur le pannus.

Cette intervention bénigne consiste à faire, d'un coup de ciseaux, la section horizontale de la commissure externe, suivie de la suture des lèvres muqueuses de la plaie ainsi produite aux lèvres cutanées.

Alternance des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux. — Les moyens chirurgicaux débarrassent la muqueuse d'une grande partie de ses granulations ; mais presque jamais ils n'amènent la guérison complète ; et l'on est forcé de reprendre le traitement médical plus ou moins longtemps, jusqu'à la période de déclin, où l'on espacera les cautérisations, sans les cesser brusquement.

Pendant toute la durée du traitement, la propreté et l'antisepsie de la conjonctive et des bords palpébraux doit être assurée par l'**eau boriquée**, la solution de **sublimé** à un pour quatre mille, employées en lavages et en compresses.

B. Traitement des complications. — Celles-ci peuvent atteindre la cornée, la conjonctive, les voies lacrymales, les paupières, sous forme de pannus, abcès ou ulcère.

Cornée. — α) S'il y a seulement infiltration de la partie supérieure ou pannus léger, ne vous en préoccupez pas ; ils diminueront à mesure que disparaîtront les granulations.

β) Si le pannus est intense, ajoutez au traitement l'introduction entre les paupières, tous les jours, de gros comme un grain de blé de la pommade.

Précipité jaune	10 à 20 centigrammes
Vaseline	10 grammes

Ou bien touchez à la **teinture d'iode** la conjonctive bulbaire qui avoisine la cornée.

Souvenez-vous que le pannus est heureusement influencé par l'inoculation jéquiritique.

γ) Si le pannus résiste, s'il envahit une bonne partie de la cornée, s'il est épais, faites la **péritomie** simple ou ignée. Pour cela anesthésiez l'œil à la cocaïne, placez le blépharostat, puis sectionnez les vaisseaux de nouvelle formation, en promenant les ciseaux ou la pointe fine du thermo et du galvanocautère, tout autour de la cornée, à deux millimètres en dehors d'elle.

Appliquez des compresses tièdes, et suspendez le reste du traitement jusqu'à guérison de l'opération.

δ) S'il y a ulcère ou abcès cornéen, les compresses chaudes, l'atropine, l'iodoforme, trouveront leurs indications. Le traitement à employer sera celui de la kératite purulente. Le galvanocautère pourra servir dans les cas d'ulcère grave, il sera indiqué ainsi que l'ésérine en cas de perforation effectuée ou imminente, en cas de hernie de l'iris. Plus tard, contre les leucomes et les staphylomes, vous prescrirez le traitement approprié.

Conjonctive. — α) Les cicatrices pourront être traitées par de nouvelles **cautérisations**, par des scarifications ; la vaseline boriquée dans le cul-de-sac facilitera les glissements.

β) Vous tâcherez de remédier au xérosis par des compresses chaudes, des badigeonnages à la glycérine neutre.

γ) Contre le symblépharon, vous pourrez tenter des opérations souvent compliquées, rarement suivies de succès.

Voies lacrymales. — Faites selon les cas, le redressement, la dilatation, la section des points lacrymaux, le cathétérisme des voies lacrymales.

Paupières. — Contre l'entropion au début, faites la canthoplastie ; elle sera utile et facilitera les opérations qui pourront être nécessaires plus tard, telles que la section du tarse recroquevillé, le redressement du bord palpébral, la transplantation du sol ciliaire : opérations dirigées contre l'entropion et en même temps contre le trichiasis qui, au début et limité, doit être traité par l'arrachement soigneux des cils avec la pince spéciale.

II. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Moins important que le traitement local, il a cependant son utilité, car il est un fait d'observation, c'est que parmi les individus vivant dans les mêmes conditions sociales, les sujets affaiblis ou scrofuleux sont seuls atteints.

Soignez l'**alimentation**, administrez les toniques, les fortifiants, l'huile de foie de morue, les vins iodés.

Les bains salés ou sulfureux, l'**hydrothérapie** seront d'utiles adjuvants.

Le séjour à la **campagne** ou en montagne, contribuera à l'amélioration.

III. PROPHYLAXIE ET HYGIÈNE. — Il faut améliorer les conditions d'existence des candidats aux granulations, leur éviter l'encombrement, l'habitation dans un air confiné, le séjour dans un pays bas et humide.

Localement, il convient de soigner les inflammations catarrhales, les eczémas des paupières qui ouvrent des portes d'entrée, et d'éviter des poussières de l'air.

La conjonctivite granuleuse une fois déclarée, si on ne peut éloigner le malade, il convient de prendre des soins de propreté minutieux, de désinfecter ou de brûler les linges ou objets de pansement souillés.

Si le cas se produit dans une agglomération, telle qu'une pension, il faut exagérer encore les précautions et exiger l'isolement du granuleux.

Exigez aussi que les objets de pansement et de toilette lui soient personnels et prévenez le malade qu'il est une source de dangers pour son entourage.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Novembre 1903 (*Suite*)

Présidence de M. GAUDIER, président

Luxation du radius et fracture du cubitus

M. **Debeyre** présente une radiographie due à l'obligeance de M. le professeur CHARMEIL. Cette radiographie décèle l'existence, chez un malade de la clinique chirurgicale de Saint-Sauveur, d'une fracture du cubitus siégeant à quatre centimètres du bord supérieur de l'olécrane et une luxation du radius en avant. La fracture s'est consolidée en partie, en position vicieuse. La luxation n'a pas été réduite.

Le mécanisme de ce traumatisme est le suivant : en tombant de voiture, il y a quatre mois, la malade s'est cramponnée à la roue qui a continué de tourner pendant un certain temps.

Depuis lors, les mouvements de l'articulation du coude étaient supprimés ou à peu près. La malade entre à l'hôpital à ce moment et M. le Professeur FOLET songe à une résection du coude ; mais on constate sous chloroforme que tous les mouvements sont possibles. Aussi s'est-on contenté du massage et de la mobilisation et cette malade fait actuellement des mouvements de pronation et de supination assez étendus ; l'extension complète est seule impossible ; elle est peu nécessaire en réalité.

Kyste hydatique du foie, ayant subi la transformation crétacée.

MM. **Raviart** et **Caudron** présentent un kyste hydatique du foie guéri après avoir partiellement subi la transformation crétacée.

Ce kyste, trouvé à l'autopsie d'un homme atteint de paralysie générale, est unique ; il siège dans le lobe gauche du foie qu'il occupe presque tout entier ; du volume d'un œuf de poule, il fait une forte saillie au niveau de la concavité de l'organe et il en dépasse le bord libre de deux centimètres environ. Il était à ce niveau en rapport avec le côlon transverse qui présentait en ce point une sorte de concavité semblant déterminée par la pression exercée par le kyste. Ce dernier adhérait légèrement aux organes voisins.

Relativement mou et très fluctuant dans toute sa partie antérieure, il présente dans toute sa partie postérieure une consistance presque osseuse, sa section facile dans la partie antérieure nécessita du reste le secours de la scie dans la partie postérieure qui a subi la transformation calcaire.

La cavité kystique est comblée par un magma jaunâtre au milieu duquel se reconnaît la membrane hydatique relative. Le magma est constitué par des masses granuleuses mêlées à des pigments biliaires extrêmement abondants.

Le parenchyme hépatique est refoulé à la périphérie, et, fait particulièrement intéressant, le lobe gauche du foie n'existe pour ainsi dire pas, notre kyste en occupant la plus grande partie. S'agit-il d'un kyste hydatique extrêmement ancien qui détruisit une grande partie du lobe gauche, lequel, consécutivement à la rétraction kystique, a pris l'aspect d'un moignon que nous lui voyons ? Les plis que nous constatons au niveau de sa face supérieure permettent de le croire.

Par contre, le lobe droit est extrêmement volumineux, vraisemblablement il a été le siège de cette hypertrophie compensatrice à laquelle le foie sait avoir recours toutes les fois qu'une grave lésion l'a partiellement détruit.

Kystes hydatiques du foie.

M. **Raviart** présente un kyste hydatique du foie ayant subi l'involution classique. Du volume d'un œuf de poule il occupe l'extrémité du lobe gauche et fait une saillie volumineuse au niveau de la concavité hépatique, une zone parenchymatense de 8 millimètres environ d'épaisseur le sépare de la face supérieure du foie. Sa membrane conjonctive est épaissie, elle atteint en certains points trois millimètres, sa consistance est fibreuse. L'intérieur du kyste présente un aspect des plus curieux, la membrane hydatique, devenue beaucoup trop large pour cette poche fibreuse rétractée, s'est ratatinée et, sur une section passant

par le milieu du kyste, elle dessine une série de flexuosités sinueuses tranchant par leur couleur grise et leur aspect réfringent sur le fond blanc jaunâtre du contenu du kyste.

Le liquide résorbé a été en effet complètement remplacé ici par un magma caséeux qu'on a avec raison comparé à du mastic ; ce magma comble partout les espaces situés entre les replis de la membrane hydatique.

Histologiquement ce magma paraît constitué par des fines granulations au milieu desquelles se voient un assez grand nombre de cristaux de cholestérine. Quant à la membrane, sa section transversale présente l'aspect feuilleté et hyalin caractéristique.

Ce kyste hydatique, trouvé à l'autopsie d'une aliénée atteinte de délire chronique de persécutions, n'était pas unique, il en existait un autre plus petit à la face supérieure du foie, son contenu était caséeux, un autre encore était situé dans le mésentère ; lorsqu'il fut ouvert, une masse comparable à de l'oignon cuit s'en échappa ; enfin la malade présentait une volumineuse tumeur de l'ovaire, tumeur polykystique ayant contracté de multiples adhérences avec tous les organes du voisinage.

M. **Charmeil** insiste sur l'utilité de la recherche des crochets d'hydatide, en pareil cas.

M. **Le Fort** fait remarquer que la coexistence de kystes hydatiques multiples dans l'abdomen est un fait connu et facilement expliqué aujourd'hui. Il est actuellement démontré que, contrairement à l'opinion des naturalistes, défendue en France surtout par POTHERAT, le liquide du kyste hydatique peut directement cultiver et que les scolex mis en liberté peuvent se greffer dans les troncs avec lesquels ils sont mis en contact. Les recherches de DEVÉ ont donné à ce point de vue des résultats positifs absolument confirmés à l'étranger, notamment en Russie, à tel point que les chirurgiens doivent actuellement tenir compte de la possibilité des greffes directes au cours des opérations de kystes hydatiques. QUÉNU rapportait dernièrement trois faits opérés suivant une méthode spécialement destinée à éviter ces inoculations. Il est probable que dans le cas de M. RAVIART, un premier kyste s'étant rompu dans le péritoine a inoculé la cavité péritonéale. M. LE FORT se rappelle avoir vu en 1890, dans le service de M. LAVERAN, un homme porteur de plusieurs centaines de kystes hydatiques de l'abdomen.

M. **Surmont** objecte que les expériences de DEVÉ ne sont pas admises partout.

M. **Gaudier** cite les cas de greffes opératoires.

Péritonite généralisée par rupture de la vessie

MM. **Caudron** et **Debeyre** présentent une vessie perforée, recueillie à l'autopsie d'un homme mort dans le service de M. le professeur FOLET, le lendemain de son entrée. Les symptômes de péritonite généralisée étaient évidents et nécessitèrent une laparotomie au cours de laquelle la cause de la péritonite ne fut pas trouvée. Il semble qu'on puisse penser soit à la chute d'une eschare, consécutive à une contusion abdominale, soit à un cathétérisme malheureux.

M. **Charmeil** confirme la première de ces opinions. La forme de l'eschare, sa situation supérieure et postérieure rendent improbable la seconde.

Gangrène de l'auriculaire

M. **Debeyre** présente un doigt atteint de gangrène phéniquée, et amputé dans le service du docteur FOLET.

Une femme de soixante-dix ans, ayant une petite plaie de l'auriculaire, avait sur les conseils d'une voisine complaisante, mis des compresses d'eau phéniquée à un pour cent sur son doigt.

Le résultat ne se fit pas attendre et au bout de quelques jours, l'auriculaire était gangréné.

Ce fait n'est pas nouveau, il existe des observations semblables, de KIRMISSON, par exemple.

Fibrome pédiculé de l'utérus

M. **Debeyre** montre un fibrome pédiculé de l'utérus recueilli à la clinique chirurgicale de Saint-Sauveur.

La malade, âgée de 45 ans, était bien réglée ; elle affirmait que sa tumeur s'était développée depuis deux ans, commençant d'abord à droite, puis gagnant la partie médiane. Elle avait eu neuf enfants, et les accouchements avaient été faciles.

Cette grosse tumeur, environnée de liquide ascitique, n'avait pas franchement la consistance solide, elle était un peu molle. L'épiploon, adhérent en plusieurs points, contenait de très gros vaisseaux. On fit l'hystérectomie subtotale. La femme mourut le soir même d'hémorrhagie interne sans que l'on pût savoir la cause exacte de cet accident.

M. **Le Fort**. — J'ai appris depuis le décès de cette femme, que ses neuf enfants étaient tous morts d'accidents dus à l'hémophilie. Ce fait explique la mort de cette opérée.

Hémorrhagie interne post-opératoire chez des hémophiles latents

M. **Le Fort** (*sera publié in-extenso*).

Coupes d'un polype placentaire

MM. **Pierre Colle** et **Gellé** montrent des coupes d'un polype placentaire dont les parties constituantes sont en pleine vitalité. La question de l'évolution vers un type malin semble se poser.

Un nouveau cas de typhus exanthématique

MM. **Combemale** et **Breton** rapportent une observation de typhus exanthématique, recueillie à la clinique médicale de la Charité (*a été publiée dans le précédent numéro*).

Bilan des phosphates et de l'azote dans l'alimentation par le pain complet et le pain blanc

MM. **Surmont** et **Dehon** (*sera publié*).

Occlusion intestinale post-opératoire

M. **Debeyre** complète l'observation de la femme dont il nous a montré l'utérus et les annexes dans la dernière séance. Le dixième jour, elle présente tous les symptômes d'une occlusion intestinale : ventre douloureux, ballonné, tympanique. Plus d'émission de gaz, pas de selles, vomissements fécaloïdes. Pouls petit, à 125, température 36°4.

Une seconde laparotomie fut décidée. On trouve l'intestin coudé trois fois par des adhérences tout le long de la ligne de suture du péritoine au niveau du col et du ligament large droit, surtout à droite.

Les adhérences furent rompues et on fit l'enfouissement des points intestinaux qni saignaient.

Cette femme est actuellement en voie de guérison.

Fistule recto-vaginale consécutive à une hystérectomie traitée et guérie par le procédé de Braquehaye

M. **Le Fort** rapporte l'observation d'un malade chez qui il a pratiqué l'occlusion d'une fistule recto-vaginale par le procédé de Braquehaye ; ce procédé qu'on pourrait appeler procédé de dédoublement centripète, a été jusqu'ici employé pour le traitement des fistules vésico-vaginales. M. Routier, le mois dernier, à la Société de Chirurgie, a déclaré qu'il avait l'intention d'appliquer le procédé chez une malade atteinte de fistule recto-vaginale. L'opération de M. Le Fort date du 10 septembre. La malade, opérée il y a quelques années par M. le docteur Phocas, était entrée le 5 sept. 1903, dans le service de M. le professeur Folet. Elle portait, tout au fond du vagin, une petite fistule entourée de tissu cicatriciel, et donnant issue à des matières. Le 10, M. Le Fort taille une collerette vaginale qu'il rabat vers l'orifice et dont il suture la surface cruentée après invagination aussi complète que possible. Le péritoine est un peu ouvert en haut et à droite, et un peu d'épiploon qui fait hernie gêne les sutures. La collerette suturée, on s'assure que le rectum est bien fermé et on suture par dessus la plaie circulaire vaginale en la tamponnant en plan linéaire par rapprochement de ses parties latérales. Les deux plans de sutures sont faits au catgut. L'opération est faite entièrement par le vagin, sans débridement vulvaire et ne présente pas trop de difficultés. Les suites sont idéales. Jamais d'élévation de température, les gazes vaginales ne présentent aucune souillure à aucun moment, et la malade sort guérie le 23 septembre. Elle a donné de ses nouvelles cette semaine. la guérison de la fistule persiste, mais la malade se plaint de douleurs rectales sur la nature desquelles on n'est pas encore fixé ; elle sera examinée à ce point de vue.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les **vacances du jour de l'an** sont fixés ainsi qu'il suit : les cours suspendus le jeudi soir 24 décembre reprendront le lundi matin 4 janvier.

— Les prix de cent francs décernés annuellement par la **Commission administrative des hospices**, aux externes des hôpitaux de Lille, ayant rempli, avec le plus de tact et de zèle, leurs devoirs vis-à-vis des malades, comme vis-à-vis du personnel des hôpitaux, ont été attribués, pour l'année 1903, à MM. Arquembourg, Bouchez, Carette, Dubois (René), Minet, Petit, Pinchart, Ponthieu, Riveloir, Vasseur.

— Dans un précédent numéro (26 juillet 1903), l'*Echo médical du Nord* a reproduit le vœu de MM. Ardaillon et Lefèvre, adopté par le Conseil de l'Université, touchant la **loi sur le recrutement de l'armée**, en discussion devant le Parlement. Ce vœu touchant à ce que les Etudiants des facultés qui justifieraient avoir obtenu, avant un âge à fixer, certains diplômes à déterminer, fussent assimilés pour l'accomplissement des obligations militaires aux élèves des Ecoles énumérées par l'article 23 du projet de loi sur le recrutement de l'armée. L'accueil peu favorable, que l'on prévoit, que réservera la commission de la Chambre des députés à ce vœu, a suscité dans le Conseil de la faculté de droit de Lille un autre projet de vœu, qu'appelé à discuter, le Conseil de l'Université a fait sien après délibération. Nous avons le plaisir de donner à nos lecteurs la primeur de ce vœu qu'il serait très désirable de voir adopter par le Parlement.

« Dans le cas où le Parlement supprimerait toute dispense militaire, il sera inscrit dans la loi que : 1° Si à l'expiration de leur première année de service l'instruction des étudiants d'Universités est reconnue suffisante par l'autorité militaire, ils soient autorisés, sous le contrôle de l'autorité universitaire, à suivre les cours d'une université et d'y subir des examens ; 2° Qu'à cet effet, les étudiants ayant subi avec succès un examen dans une université en vue d'y obtenir l'un des diplômes visés par l'article 23 de l'ancienne loi soient incorporés dans une ville d'Université. »

Notre Carnet

M. F. Decaix, pharmacien à Arras, nous fait part de la naissance de son fils Robert. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Delotte, professeur de pathologie interne à l'école de médecine de Limoges ; Paret, médecin major en retraite ; Charrier, de Paris.

Denis Rousselot, de Tourcoing, décédé le 28 novembre, à la suite d'une longue maladie.

N° 362. Septième Année. N° 51. Le Numéro : **10** centimes 20 Décembre 1903.

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des déviations de la colonne vertébrale chez les pottiques coxalgiques

par M. le docteur **Solon Veras**

Nous avons signalé dans notre thèse inaugurale (1) la difficulté qu'on pouvait éprouver, chez un coxalgique, à faire le diagnostic d'une scoliose et d'un mal de POTT au début ; et nous avons dit, à ce propos, que chez un coxalgique la scoliose pouvait exister en même temps qu'un mal de POTT, en raison de l'inégalité de deux membres inférieurs, due à la coxalgie.

Nous avons constaté depuis deux cas de scoliose chez des pottiques coxalgiques et nous avons cru intéressant de présenter ces deux observations, prises au service de M. le docteur LE FORT au Sanatorium de Saint Pol-sur-Mer :

OBSERVATION I — Virginie D..., née en 1888, entre au Sanatorium, le 26 février 1901, atteinte de coxalgie gauche.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants.

(1) VERAS. — Traitement économique de la scoliose. Lille, 1903, p. 42.

Histoire de la maladie : en juin 1899, l'enfant s'est plainte pour la première fois de sa hanche ; elle se souvient avoir reçu, un mois auparavant, un coup de pied d'une enfant de son âge.

Elle est soignée huit mois chez elle à l'extension continue ; entrée à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille en février 1900, elle y reste deux mois à l'extension continue, et sort au bout de ce temps munie d'un appareil plâtré. Cet appareil est retiré au mois de juin, l'enfant ne s'alimentant pas et l'état général devenant mauvais. La malade se remet à marcher un peu, mais elle est obligée de garder le lit, qu'elle n'a pas quitté trois semaines avant son entrée au Sanatorium.

Etat à l'arrivée : l'enfant ne peut appuyer son pied, ni se tenir debout, elle est très ensellée et déformée. La cuisse est fléchie ; adduction et rotation du membre en dehors.

La cuisse malade est un peu tuméfiée à sa racine ; à sa face antérieure, on constate une petite tuméfaction rouge, au niveau de laquelle la peau est amincie et permet de voir du pus par transparence. L'enfant raconte qu'un vésicatoire a été posé en ce point, il y a quatre mois. Il n'y a pas d'abcès limité, mais on constate une fluctuation en bloc de la région antéro-externe de la cuisse, qui est un peu gonflée. Le trochanter et le triangle de SCARPA sont très douloureux à la pression. La cuisse se meut avec le bassin ; toute tentative de mobilisation de l'articulation coxo-fémorale provoque des douleurs vives. A la mensuration : de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : côté sain 70 centimètres ; côté malade 67 centimètres. De l'épine iliaque aux condyles fémoraux : côté sain 39 centimètres ; côté malade 37 centimètres. Raccourcissement apparent 6 centimètres.

Le membre malade est atrophié ; circonférence de la cuisse saine 38 centimètres, cuisse malade 36 centimètres, jambe saine 23 centimètres, jambe malade 22 centimètres. Etat général bon. La malade n'a pas maigri ; elle ne tousse pas, ses fonctions digestives sont normales. Elle est réglée depuis un mois.

3 mars 1901. — Ponction, après anesthésie préalable au kélène, puis au chloroforme, de l'abcès autour du point aminci. Trois ponctions au trocart laissent échapper un pus grumeleux qui ne s'écoule facilement que lorsqu'on

enlève le trocart et qu'on malaxe la poche. Injection d'éther iodoformé.

7 mars. — Une ulcération s'est produite au niveau de la peau amincie. Il s'écoule beaucoup de pus. Lavage au sublimé. Injection d'éther iodoformé. Pansement au collodion.

9 mars. — Peu de pus. L'orifice a fistulé.

30 mars. — Injection d'eau oxygénée, très peu de suppuration.

5 mai. — Narcose chloroformique, anesthésie commencée au kélène, M. le Dr Phocas fait une incision, au niveau de la fistule, se prolongeant un peu au-dessus et jusqu'au trochanter en avant. Il pénètre dans la cavité de l'abcès qui contient un peu de pus et des fongosités. Grattage à la curette. En arrivant dans la profondeur vers la partie la plus élevée de l'incision on parvient jusqu'à la tête fémorale, que l'on gratte et l'on ramène quelques copeaux osseux. Attouchement au chlorure de zinc. Lavage à l'eau oxygénée Drainage, suture. Les suites opératoires ont été excellentes ; la suppuration peu abondante alla en diminuant, et la plaie a été complètement cicatrisée en janvier 1902 ; on a soumis alors la malade à l'extension continue.

27 janvier 1902. — On constate dans la région dorsale inférieure une gibbosité peu accentuée. La pression à ce niveau ne provoque aucune douleur. La malade n'a jamais souffert de son dos.

17 mai. — Gibbosité très accentuée dans la région dorsale inférieure ; le sommet de cette gibbosité est très saillant. Immédiatement au-dessous du sommet il existe une dépression très marquée. Le tracé de cette gibbosité présente une flèche de 6 centimètres. Aucune douleur spontanée ou à la pression. Aucun signe fonctionnel. La gibbosité paraît avoir augmenté, bien que la malade reste bien étendue dans le décubitus dorsal sur un lit de Lannelongue. Il existe aussi une déviation latérale du rachis avec convexité à droite. Du côté droit les côtes prennent part à la déviation.

14 juin. — La malade éprouve des douleurs au niveau du genou et de la hanche droite (côté opposé à la coxalgie). Application de teinture d'iode extérieurement, et salicylate de soude à l'intérieur. A plusieurs reprises l'enfant a déjà eu des douleurs dans le genou droit ; ces douleurs duraient trois ou quatre jours et cédaient à une application de teinture d'iode. Le genou n'est pas augmenté de volume ; on n'y remarque rien d'anormal à l'inspection. A la palpation on provoque une douleur très peu vive au niveau de l'interligne articulaire. Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

4 juillet. — L'enfant souffre depuis quelques jours de son genou droit ; le genou n'est pas augmenté de volume.

18 septembre. — La malade souffre encore de temps en temps de son genou droit ; les douleurs sont très vives et se propagent jusqu'à la cheville.

30 septembre. — Pose d'un corset plâtré.

26 novembre. — Le corset étant traversé par un liquide à l'endroit de la gibbosité, on l'enlève et on remarque deux grosses ulcérations au point saillant de la gibbosité. Pansement à la poudre d'iodoforme.

10 janvier 1903. — Les ulcérations sont complètement cicatrisées.

1er février. — Douleurs rhumatoïdes légères au niveau du genou droit, sans gonflement. Légère douleur de la hanche droite.

8 mars. — Il y a toujours de la rougeur au niveau de la gibbosité. La hanche gauche est légèrement mobile et non douloureuse.

5 juillet. — On permet à l'enfant de marcher.

7 juillet. — Etat actuel : 1° Coxalgie gauche. A la vue : Raccourcissement apparent du côté malade. Adduction et légère rotation en dehors (le métatarse seulement présente de la rotation en dedans et cela tient à l'habitude qu'a l'enfant de poser ce pied sur l'autre). Légère flexion de la cuisse sur le bassin. Aucune tuméfaction. Deux grosses cicatrices gaufrées sur la face antérieure de la cuisse ; la première, très déprimée, située à un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. l'autre au-dessous de la précédente à un travers de doigt ; ces deux cicatrices, d'anciennes fistules, sont actuellement blanchâtres et présentent une surface de forme irrégulière et du volume d'une pièce de cinq francs environ. Ensellure lombaire moyenne. Pas d'atrophie très apparente ; la jambe gauche seule paraît plus atrophiée que la droite.

A la palpation : aucune douleur à la pression du grand trochanter ou du triangle de Scarpa ; les mouvements de propulsion de bas en haut ne sont pas douloureux. La hanche n'est pas entièrement ankylosée, il existe encore quelques légers mouvements de la cuisse. Pas d'abcès en formation.

A la mensuration : De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe : Côté sain, 70 centimètres ; côté malade, 67 centimètres. De l'épine iliaque aux condyles fémoraux : côté sain, 37 centimètres ; côté malade, 36 centimètres. Raccourcissement de 6 centimètres et demi, mesuré entre les deux malléoles internes. (La mensuration de ce raccourcissement est encore prise en faisant appuyer le pied malade sur un support, de façon à égaliser les deux membres inférieurs). Circonférence des membres inférieurs : Cuisse saine (au milieu), 41 centimètres ; cuisse malade (au milieu), 40 centimètres ; jambe saine (au niveau du mollet), 28 centimètres ; jambe malade (au niveau du mollet), 27 centimètres.

2° Mal de Pott de la région dorso-lombaire, comprenant les huitième dorsale à quatrième vertèbre lombaire. Pas de douleurs. Pas d'abcès. Le maximum de la courbure antéro-postérieure est à la première vertèbre lombaire (qui est affaissée) et mesure six centimètres et demi. Cicatrice gaufrée rougeâtre au niveau de la première et deuxième vertèbres lombaires.

3° Scoliose totale à droite, à partir de la deuxième vertèbre dorsale ; le maximum de courbure est à la douzième dorsale et mesure trois centimètres. Gibbosité costale plus prononcée à droite et prenant part à la gibbosité du mal de Pott. Dépression du flanc à gauche. Des angles des omoplates à la ligne médiane du dos ; à gauche six centimètres, à droite neuf centimètres. L'angle droit est à 4 centimètres plus haut que le gauche. L'épaule gauche est plus basse que l'épaule droite. Les triangles brachio-thoraciques sont inégaux, le bras gauche étant plus rapproché de la hanche gauche que n'est le droit de la hanche opposée. La tête est très légèrement dejetée à droite. La face antérieure de la poitrine présente une légère proéminence à gauche. Le sein gauche est un peu plus bas que le sein droit. Le bout inférieur du sternum est légèrement dévié à droite.

De l'épine iliaque antéro-supérieure au sol : à droite, 75 centimètres, à gauche, 79 centimètres.

Les mouvements de torsion appliqués au bassin, l'enfant étant tenue par les épaules, sont plus prononcés à droite. Les mouvements de latéralité appliqués au tronc, le bassin étant fixé, sont plus amples à gauche (coxalgie gauche) ; l'enfant peut placer sa main gauche à sept travers de doigt au-dessous de son articulation du genou ; du côté droit, la main peut à peine atteindre le genou pendant l'inclinaison latérale du tronc. Des mouvements latéraux plus amples sont toujours associés à une inclinaison antérieure du tronc, ou bien suppléés par des mouvements de la hanche.

Observation II. — Ida T..., née en janvier 1895, entre au Sanatorium le 7 octobre 1900, atteinte de mal de Pott dorsal.

Antécédents héréditaires : grand'mère maternelle morte tuberculeuse. Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux : une sœur bien portante.

Antécédents personnels : nourrie au biberon, l'enfant a commencé à prendre des soupes à l'âge de neuf mois. Toujours très faible, elle a eu plusieurs bronchites consécutives en bas âge. A sept mois, elle a beaucoup souffert de gastro-entérite, qui a duré plusieurs mois.

Histoire de la maladie : à l'âge de quatre ans, l'enfant a eu le genou un peu gros et tuméfié ; on a alors immobilisé le membre malade, au moyen d'une attelle postérieure, qui a été conservée pendant trois mois. Peu de temps après, l'enfant a paru guérie et s'est remise à marcher comme auparavant.

En août 1900, pendant qu'on baignait l'enfant, on constatait une petite saillie au milieu de son dos. Le médecin qui l'a examinée, diagnostiqua un mal de Pott et on fit immédiatement les démarches pour faire entrer l'enfant au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer.

Etat à l'entrée : Mal de Pott de la région dorsale, le maximum de la gibbosité correspond à la sixième vertèbres dorsale et mesure 3 centimètres un quart. Le mal de Pott est douloureux à la pression. Pas d'abcès en formation. On immobilise l'enfant sur un lit de Lannelongue.

24 août. — Éruption zostériforme. Un placard au niveau de la face interne du bras, près de l'aisselle. D'autres placards le long du bord postérieur du deltoïde et à la face postérieure du bras gauche. On trouve des éléments déjà en voie de dessiccation sur la face antérieure de la poitrine.

8 octobre. — L'enfant paraissant nettement améliorée et n'éprouvant aucune douleur au niveau de sa gibbosité, on lui fait porter un corset plâtré.

1er novembre. — L'enfant, qui marchait depuis deux jours avec son appareil, se plaint de douleurs dans le genou. Sa hanche est fléchie et toute tentative faite pour mobiliser cette articulation provoque de vives douleurs dans le genou. La malade n'éprouve aucune douleur à la pression sur le trochanter, mais seulement à la palpation de l'espace ischio-trochantérien. Depuis ce jour-là l'enfant se plaint et crie au commencement de la nuit, pendant qu'elle sommeille encore, avant qu'elle s'endorme complètement. Le reste de la nuit se passe sans aucun cri.

7 novembre. — L'enfant accuse de la douleur à la pression sur le grand trochanter ; elle est examinée par M. le docteur Phocas, qui fait le diagnostic de coxalgie. Les cris, qui n'apparaissaient jusqu'alors qu'au commencement de la nuit, se répètent plusieurs fois dans la nuit, pour ne cesser qu'au matin de bonne heure (quatre heures). L'enfant ne dort guère, elle sommeille plutôt et le sommeil est interrompu par des gémissements qui durent deux ou trois minutes.

9 novembre. — On pose un appareil à extension continue et les cris cessent pendant quelques jours, mais ils reprennent parfois pendant la nuit, sans être continus ni réguliers.

2 décembre. — L'enfant ayant de l'œdème du pied, on enlève l'extension. Il ne paraît pas se faire de modification en ce qui concerne les cris nocturnes, qui sont plutôt rares.

Depuis le 9 décembre, l'enfant ne crie plus. La température augmente et se maintient à 38° surtout le soir.

24 décembre. — L'enfant est de nouveau soumise à l'extension continue qu'elle supporte bien. On constate la formation d'un abcès au niveau du pli de l'aîne. Plus de cris nocturnes.

28 février 1902. — L'abcès paraît avoir diminué de volume. On sent encore un peu de fluctuation immédiatement au-dessous de la partie moyenne de l'arcade de Fallope.

29 mars. — On ne sent plus de fluctuation, mais une petite masse rénitente paraissant être un ganglion.

4 juin. — Le mal de Pott paraît guéri avec une petite gibbosité au niveau de laquelle la pression n'éveille aucune douleur. Le membre inférieur droit est dans la rectitude presque complète. Il y a un léger degré d'ensellure lombaire. Dans la région de l'aîne on constate la presence des ganglions indurés. On sent un ganglion dans la fosse iliaque, au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope.

La pression au niveau de l'aine et sur le grand trochanter n'est plus douloureuse. La pression à distance, sur le genou fléchi et sur le talon la jambe étant étendue, est au contraire douloureuse. Toute tentative de mobilisation de l'articulation de la hanche est très douloureuse et arrêtée par la contraction musculaire.

10 juin. — Pose d'un appareil plâtré prenant le thorax et le membre inférieur droit.

15 mars 1903. — Pose d'un appareil plâtré de hanche sous le chloroforme, par M. le docteur Le Fort. Le membre est mis en légère abduction ; le pied est en flexion à angle droit. La flexion de la cuisse est vaincue, la rotation en dehors est très diminuée.

22 juin. — On enlève l'appareil plâtré.

12 juillet — Il y a un très léger degré de mobilité de la hanche droite.

13 juillet — Etat actuel.

1° Mal de Pott dorsal, la gibbosité commence à la deuxième vertèbre dorsale et se termine à la onzième ; le point le plus saillant est à la huitième dorsale et la flèche mesure quatre centimètres. Aucune douleur à la pression des vertèbres ; le mal de Pott paraît absolument guéri.

2° Coxalgie à droite. A la vue : raccourcissement apparent du membre malade, légère abduction. Atrophie assez marquée du membre malade. A la palpation : aucune douleur à la pression du grand trochanter, ni par les mouvements de propulsion de bas en haut. Il existe un très léger degré de mobilité de gauche à droite dans le sens antéro-postérieur. Pas d'abcès en formation. A la mensuration : de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe : à droite 55 centimètres ; à gauche 56 centimètres. Raccourcissement de 1 centimètre 1/2, mesuré entre les deux malléoles internes. Circonférence de la cuisse (prise au milieu) : à droite, 25 centimètres 1/2 ; à gauche, 28 centimètres 1/2. Circonférence de la jambe, (au niveau du mollet : à droite, 20 centimètres 1/2 ; à gauche, 22 centimètres. La distance des épines iliaques antéro-supérieures au sol est : à droite, 59 centimètres ; à gauche, 57 centimètres 1/2.

3° Scoliose dorso-lombaire à convexité gauche comprenant les quatrième dorsale, à dernière vertèbre lombaire, le maximum de courbure est à la neuvième dorsale et mesure 1 centimètre ; légère courbure de compensation cervicale à droite, lorsque l'enfant appuie sur la plante de ses deux pieds ; au contraire, pendant la station debout que l'enfant prend habituellement en appuyant simplement sur les orteils de son pied malade, cette courbure de compensation disparaît et il n'existe plus qu'une scoliose presque totale, la portion cervicale de la colonne vertébrale étant entièrement redressée. Les triangles brachio-thoraciques sont inégaux, le bras droit est bien plus écarté du tronc que le bras gauche. L'épaule droite est plus basse que l'épaule gauche. L'angle de l'omoplate droite est à 1 centi-

mètre environ plus bas que l'angle de l'omoplate gauche. Les angles de deux omoplates sont à une distance de 8 centimètres de la ligne médiane du dos. Gibbosité costale plus prononcée à gauche. A la face antérieure du thorax, il n'existe pas une très grande différence entre les deux moitiés : la moitié droite est à peine plus proéminente. Le sein gauche est un peu plus bas que le sein droit.

Les mouvements de torsion appliqués au bassin, les épaules étant tenues et les pieds appuyés par terre, sont plus étendus à gauche qu'à droite. Les mouvements latéraux du tronc sont plus amples à droite qu'à gauche. Lorsque l'enfant est soutenue par le bassin et qu'on l'empêche de se pencher en même temps en avant, elle peut placer sa main droite à quatre travers de doigt de son genou du même côté ; à gauche, elle peut à peine placer sa main à deux travers de doigt.

Pour se pencher latéralement, d'une façon plus ample, l'enfant est obligée de se pencher en même temps en avant ; sa colonne vertébrale fléchit surtout dans sa partie supérieure, au-dessus du mal de Pott. Si l'enfant s'incline à droite, la partie lombaire se met aussi un peu en flexion, mais cela n'arrive jamais pendant l'inclinaison à gauche.

L'exposé complet des deux observations nous permet de discuter la pathogénie de la déviation latérale du rachis chez ces deux malades.

Nous avons affaire à deux malades pottiques, qui présentent, en même temps, de l'incurvation latérale de la colonne vertébrale. Cette incurvation latérale est-elle de la même nature que celles que l'on rencontre parfois dans le mal de Pott et qui sont sous la dépendance de contractures réflexes musculaires, analogues à celles observées dans les arthrites douloureuses ? (1)

Nous ne le croyons pas, car dans l'observation I, la malade n'a jamais souffert de son dos : quant à la malade de l'observation II, la scoliose n'a paru que bien après la période douloureuse de son mal de Pott.

Nos pottiques étant en même temps coxalgiques, il nous faut donc rechercher si nous n'avons pas affaire à une scoliose statique, due à l'inégalité des deux membres inférieurs.

Nous savons que la scoliose statique se présente du côté de la coxalgie. Ici, nos deux scolioses présentent une convexité du côté opposé à la coxalgie, comment expliquerions-nous cette attitude contraire à tous les principes de la statique ?

Il est possible de soutenir plusieurs interprétations du mécanisme de cette scoliose, et nous essaierons de présenter celle qui nous paraît donner le plus de probabilité.

Dans l'observation I, le mal de Pott est postérieur à la coxalgie, on pourrait donc croire qu'il a pris naissance sur une scoliose existant déjà, due à l'inégalité des deux membres inférieurs et qui a passé d'abord inaperçue. Mais cette scoliose est contraire à la statique et dans ce cas on ne saurait l'expliquer que par une attitude vicieuse prise par la malade, qui se penche du côté sain, de façon à ne pas s'appuyer sur le pied malade et éviter de la sorte la douleur. Ce serait une scoliose analogue à celle qui est provoquée par la sciatique, et nous avons déjà eu l'occasion de l'observer chez un coxalgique, qui avait même traversé la période douloureuse, mais qui n'avait pas encore marché. Cet enfant présentait, en effet, une coxalgie gauche, tandis que sa scoliose dorso-lombaire (sans compensation lombaire) était à convexité droite ; sa coxalgie, très douloureuse au début, était d'attitude paradoxale avec adduction et rotation du membre en dehors ; peut-être cette attitude favorisait-elle l'inclinaison du bassin du côté opposé à la coxalgie, mais nous croyons que la douleur a contribué beaucoup à faire prendre à l'enfant cette position hanchée si particulière chez les malades qui souffrent de la sciatique. Il est possible que la scoliose se soit fixée du côté opposé, le malade n'ayant pas encore marché ; mais nous ne savons pas ce que deviendra cette déviation latérale du rachis, lorsque le malade se mettra à marcher.

En tous cas, chez notre malade de l'observation I, il y a encore une autre raison pour que la scoliose reste fixe et cette raison est la tuberculose vertébrale, qui a ankylosé toute une région du rachis. Il est donc impossible à présent, même avec l'inégalité de deux membres inférieurs (qui n'est pas très apparente à la marche, l'enfant marchant sur les orteils du pied malade), que la scoliose se redresse, à plus forte raison qu'il se produise une courbure du côté opposé.

La même chose est arrivée avec la malade de l'observation II ; ici, le mal de Pott est antérieur à la coxalgie, mais on n'avait pas encore constaté la scoliose, ce n'est qu'après l'apparition de la coxalgie que la déviation vertébrale a été remarquée. Or, nous savons que cette enfant a eu une coxalgie très douloureuse avec cris nocturnes, etc., etc. Il est vrai que la colonne vertébrale étant déjà ankylosée par le mal de Pott, on conçoit difficilement comment elle a pu s'incurver latéralement ; mais on peut encore admettre que la portion du rachis située au-dessous du mal de Pott et par conséquent encore flexible, a entraîné le reste de la colonne vertébrale latéralement.

Dans l'observation I, on pourrait encore supposer que la scoliose s'est produite de la même façon qu'une *scoliose sciatique homologue*, car l'enfant a longtemps souffert des douleurs rhumatoïdes du côté de son membre droit ; mais cette supposition a moins de chance d'être vraie, d'autant plus que nous ignorons si ces douleurs sont antérieures à la scoliose.

Une autre interprétation du mécanisme de la scoliose, qui nous occupe, est la suivante :

Nos malades présentent toutes les deux une scoliose dorso-lombaire, avec tendance à devenir totale, du côté opposé à la coxalgie. Il est possible qu'au début il existait

(1) P. Redard. *Traité pratique de chirurgie orthopédique*. Paris, 1892, p. 362.

déjà une scoliose lombaire d'origine statique, du côté du membre malade ; une scoliose dorsale de compensation est venue de bonne heure. Cette scoliose dorsale sous l'influence des vertèbres ankylosées par le mal de Pott, existant dans la même région, a très bien pu entraîner la scoliose lombaire et former ainsi une scoliose totale, dont le maximum de courbure siège justement à la région dorsale. La prédominance de la courbure dorsale a du reste déjà été décrite, et cette prédominance pourrait bien être produite par l'influence du repos. Il est à remarquer que nos malades marchent à présent sur la pointe des orteils, ce qui change de beaucoup la question d'inégalité des deux membres.

On pourrait encore incriminer dans la production de cette scoliose une attitude spéciale que prennent les coxalgiques condamnés au repos et immobilisés sur un lit. Ces malades-là ont souvent l'habitude de prendre une position *demi-assise*, qui leur permet de se livrer à certains petits travaux sans trop mobiliser la hanche douloureuse. Il est évident que cette attitude nécessite des mouvements se passant dans les hanches, chez les malades non ankylosés, mais chez les coxalgiques, dont une hanche est immobile, ils se passent naturellement dans le rachis. Dans quelle partie du rachis ? Nous ne saurions le préciser. Mais la colonne lombaire, étant presque immobile et organisée pour les grandes flexions, il est certainement plus probable que cela se passe dans la région dorsale. Disons, en passant, qu'il y a là tout un terrain de recherches, dans lequel on pourrait puiser bien des scolioses.

Dans nos observations, nous avons noté les mouvements que ces malades étaient capables de faire ; et il est assez compréhensible qu'elles s'inclinent toutes les deux beaucoup plus du côté de la concavité que du côté de la convexité de la scoliose ; par contre, les mouvements de torsion du bassin sont plus amples du côté de la convexité. Mais la plupart des mouvements latéraux du tronc sont associés à une inclinaison du thorax en avant, et cela est dû à la gibbosité du mal de Pott, comme cela se voit du reste chez tous les pottiques.

Sur le dosage de l'ammoniaque dans les urines

par MM. **Er. Gérard**, professeur de pharmacie et
C. Deman, pharmacien militaire

Depuis quelque temps, le dosage de l'ammoniaque a pris en urologie une importance considérable. Son augmentation est un des signes de l'insuffisance hépatique et elle coïncide généralement avec une diminution d'urée. On constate aussi un accroissement du chiffre de cet élément dans l'inanition, les fièvres, le cancer, certains états dyspnéiques et le diabète avant ou pendant le coma. Généralement, le dosage de l'ammoniaque s'effectue sur l'excrétion urinaire des vingt-quatre heures et nous nous sommes demandé si, dans une urine en apparence non altérée, la proportion d'ammoniaque n'était pas supérieure au bout de ce temps comparée à ce qu'elle est au moment de l'émission.

D'autre part, il arrive le plus souvent que l'on procède à l'analyse seulement dix ou douze heures et quelquefois plus, après avoir recueilli le produit du nychthémère. De sorte que le temps écoulé entre les premières émissions et l'analyse est, à notre avis, assez considérable pour qu'il y ait formation d'ammoniaque ultérieurement à l'émission.

Nous avons en effet observé que les urines, même encore limpides et à réaction acide, dans lesquelles nous avions dosé l'ammoniaque à l'émission et ensuite après vingt-quatre heures, donnaient finalement des chiffres supérieurs, comme en témoignent nos expériences, dont on verra le détail plus loin. Nous avons adopté pour doser l'ammoniaque le procédé de O. Folin dont le principe est le suivant :

Si l'on distille de l'urine pendant un temps déterminé avec de la magnésie, tout l'ammoniaque des sels ammoniacaux passe dans la liqueur distillée avec, en plus, un peu d'ammoniaque résultant de l'hydrolyse d'une petite quantité d'urée.

On procède ensuite à une seconde distillation sur le liquide ramené au volume initial en prolongeant l'ébullition pendant un temps exactement égal à celui de la première distillation. Comme MM. Berthelot et André ont montré que la décomposition de l'urée en solution aqueuse et à l'ébullition en présence de la magnésie est sensiblement proportionnelle au temps, il suffit, pour connaître l'ammoniaque préformée, de retrancher de la proportion d'ammoniaque trouvée dans la première opération, celle qui a été fournie à la deuxième distillation.

En appliquant ce procédé au dosage de l'ammoniaque dans nos expériences, nous avons eu soin, pour que nos résultats soient comparables, d'opérer toujours dans les mêmes conditions. C'est pourquoi nous avons constamment distillé en présence de quantités toujours identiques de magnésie et d'eau et la chauffe a été dirigée de façon à recueillir toujours à peu de chose près le même volume.

Manuel opératoire.— Dans le ballon de l'appareil d'Aubin nous introduisons 2 grammes de magnésie récemment calcinée, 440 centimètres cubes d'eau distillée et 10 centimètres cubes d'urine.

Nous observons le moment précis où commence l'ébullition, et nous prolongeons cette dernière pendant 45 minutes. Le distillation est recueillie dans un vase conique de 500 centimètres cubes contenant 15 centimètres cubes d'acide sulfurique normal décime, additionné de 100 centimètres cubes d'eau distillée et de dix gouttes de teinture de tournesol.

L'ammoniaque produite est dosée par différence à l'aide de la soude N/10.

On détache alors le ballon et, par addition d'eau, on ramène le liquide restant à son volume primitif. On procède à une deuxième distillation de 45 minutes en recueillant le produit dans 15 centimètres cubes d'acide sulfurique N/10, comme il est dit plus haut. L'ammoniaque recueillie est titrée de la même manière que précédemment. La différence des chiffres obtenus dans les deux expériences nous fait connaître le chiffre de l'ammoniaque préformée, c'est-à-dire correspondant uniquement aux sels ammoniacaux.

Nos expériences ont porté sur un certain nombre d'urines. Le tableau ci-après fait connaître quelques résultats, exprimés en milligrammes d'ammoniaque et pour 1000 centimètres cubes d'urine :

URINES	AMMONIAQUE PRÉFORMÉE	
	A L'ÉMISSION	APRÈS 24 HEURES
N° 1	408 milligrammes	646 milligrammes
N° 2	790 »	816 »
N° 3	238 »	272 »
N° 4	51 »	119 »
N° 5	123 »	255 »
N° 6	85 »	153 »

M. Ch. Sallerin (1) estime que le procédé de Folin pour le dosage de l'ammoniaque préformée donne de bons résultats. En admettant même que cette méthode soit susceptible de ne pas donner le chiffre absolument exact de l'ammoniaque des sels ammoniacaux, notre manière constante d'opérer à la fois dans l'urine à l'émission et dans l'urine des 24 heures nous autorise à conclure que l'excès d'ammoniaque trouvé dans les dernières urines est bien dû à un commencement d'hydrolise de l'urée.

Nous avons du reste procédé également à des dosages de l'ammoniaque par la méthode de Schlœsing ; les chiffres obtenus ne concordent pas toujours, mais les différences observées entre la quantité d'ammoniaque trouvée à l'émission et celles qui y sont contenues au bout de 24 heures sont identiques dans les deux méthodes.

Il nous a paru intéressant de comparer, dans une deuxième série d'essais, les résultats obtenus sur l'urine 24 heures après l'émission, à ceux que l'on obtiendrait après le même laps de temps, sur la même urine additionnée d'un produit susceptible d'arrêter la fermentation ammoniacale. Notre choix s'est arrêté sur le fluorure de sodium, et dans les expériences qui suivent nous avons chaque fois divisé nos urines en trois parties.

(1) Ch. Sallerin. Thèse de doctorat en pharmacie, 1902, Lille.

Dans la première, nous avons dosé l'ammoniaque au moment de l'émission ; dans la seconde, nous avons effectué le même dosage après 24 heures ; enfin dans la troisième partie, additionnée, au moment de l'émission, de 5 0/0 de fluorure de sodium, nous avons également effectué le dosage de l'ammoniaque après 24 heures.

URINES	AMMONIAQUE PRÉFORMÉE		
	A L'ÉMISSION	APRÈS 24 HEURES	APRÈS 24 HEURES avec 5 p. 1000 de Na Fl
IX	68 milligr.	85 milligr.	68 milligr.
X	255 »	306 »	255 »
XI	102 »	136 »	119 »

On peut donc se rendre compte que, dans les urines fluorées, l'ammoniaque préformée n'augmente pas au bout de vingt-quatre heures, qu'elle est sensiblement la même ou qu'elle est complètement identique, comme résultat, à celui que fournit l'urine récemment émise, ce qui démontre que l'excès d'ammoniaque trouvé dans l'urine des vingt-quatre heures, résulte de la décomposition de l'urée par l'action diastasique des microbes urophages.

Tout d'abord, nous avions essayé de fluorer l'urine dans la proportion de 1 pour 100. Mais nous avons reconnu que, dans certaines urines, l'addition du fluorure déterminait la formation d'un précipité de fluorure de calcium et qu'alors l'urine, insuffisamment riche en NaFl dissous, n'échappait pas à la fermentation ammoniacale. C'est ainsi que, dans deux de nos expériences, nous avons obtenu les résultats suivants :

URINES	AMMONIAQUE PRÉFORMÉE		
	A L'ÉMISSION	APRÈS 24 HEURES	APRÈS 24 HEURES avec 1 p. 100 de Na Fl
VI	306 milligr.	340 milligr.	344 milligr.
VII	136 »	255 »	253 »

En résumé, lorsqu'on fait un dosage de l'ammoniaque dans un produit des vingt-quatre heures non additionné d'un antiseptique énergique, les chiffres obtenus sont toujours supérieurs à ceux de l'ammoniaque des sels ammoniacaux au moment de l'émission. Cette remarque peut être quelquefois importante lorsqu'il s'agit de décider d'un cas d'ammoniurie. Nous vous proposons, à cette occasion, d'indiquer, par des recherches ultérieures, l'antiseptique le plus avantageux à employer pour la conservation des urines destinées à l'analyse.



SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Décembre 1903

Présidence de M. GAUDIER, président

Corps étranger de l'œsophage, aiguille tête en bas

M. **Colle Juste** relate l'observation d'une enfant qui a avalé une aiguille. La radiographie qu'il apporte nous la montre tête en bas à la portion moyenne de l'œsophage. M. COLLE propose un mode d'intervention spécial (*sera publiée*).

M. **Gaudier** insiste sur l'utilité de l'emploi de la méthode de Kilian, en de semblables cas. Grâce à la bronchoscopie, on peut saisir la situation de la pointe et dégager par des pinces spéciales l'aiguille fixée.

M. **Charmeil** conseille l'expectation armée. Il pense qu'au contact des sucs organiques, l'aiguille s'oxydera ; il doit se passer, dans le cas présent, des phénomènes semblables à ceux que l'on observe quand on emploie l'électrolyse positive dans les nœvi de la face. L'enlèvement du corps étranger ne peut qu'occasionner une déchirure de l'œsophage, une perte de substance qui servira de voie d'entrée à l'infection du médiastin. M. CHARMEIL oppose surtout à la gastrostomie proposée par M. COLLE pour extraire le corps étranger par la portion inférieure de l'œsophage, les dangers de l'intervention.

M. **Gaudier** s'inspire de LEJARS, pour prôner l'intervention dans les corps étrangers de l'œsophage. L'abcès de la paroi est toujours imminent, et la perforation est souvent spontanée.

M. **Oui** appuie les observations de M. GAUDIER.

M. **Charmeil** cite le cas d'un enfant ayant avalé une épingle à tête d'émail ; la tête fut rejetée, quelques jours après, mais l'aiguille fixée dans les parois œsophagiennes est tolérée depuis de longs mois.

Présentation d'instruments de chirurgie

MM. **Gaudier** et **Colle** présentent une paire de ciseaux de l'invention du professeur KOCHER, de Berne. Les branches en sont inégales. La plus longue porte un petit anneau dans lequel se loge à fond le petit doigt ; la seconde, de moitié plus courte, est terminée par un anneau destiné à recevoir le pouce.

Pendant l'acte opératoire ces ciseaux viennent se loger dans le creux de la main, constamment à la disposition du chirurgien et ne gênent aucune des manipulations nécessaires pour mener à bonne fin n'importe quelle intervention. Leur bout mousse permet de s'en servir comme d'un décolle-adhérences.

Tuberculose linguale

M. **Gellé** présente une langue atteinte de nombreuses ulcérations tuberculeuses. Elle provient d'un malade de la clinique de M. le Professeur COMBEMALE, malade qui, depuis trois ans, était atteint de tuberculose pulmonaire et a succombé il y a trois semaines.

Ces ulcérations dont le début remonte à deux mois environ siègent principalement sur les bords et sur la pointe de la langue. Ces lésions gênaient énormément le malade pour s'alimenter et accentuèrent la rapidité de la cachexie.

Petites et nombreuses sur les bords, elles étaient devenues confluentes à la pointe et formaient en cette région une ulcération ovale grande environ comme une pièce de un franc. Sur les bords à contours déchiquetés et formant une couronne, on voyait des petits follicules gris jaunâtres en voie de caséification. Le fond était sanieux et purulent.

Au microscope on remarque dans les coupes comprenant la totalité de la lésion que la muqueuse est entièrement tombée. Le fond de l'ulcère est représenté par la sous-muqueuse considérablement infiltrée de cellules embryonnaires.

Cette prolifération ne s'arrête pas à cette partie de la langue mais s'enfonce également dans les couches profondes de la musculeuse qui par ce fait est dissociée.

De même dans le revêtement épithélial formant les bords de l'ulcère on peut voir que la sous-muqueuse forme la même prolifération embryonnaire.

Et dans ces différentes régions on rencontre des cellules géantes assez abondantes et bien développées.

Les vaisseaux de plus présentent un épaississement de leurs parois.

Acné hypertrophique du nez

M. **Gaudier** présente les photographies, avant et après l'intervention, d'un malade atteint d'acné hypertrophique du nez. La décortication par le procédé d'Olier a donné de magnifiques résultats.

M. **Charmeil** conseille, en de tels cas, d'être radical dans son intervention, d'aller jusqu'aux cartilages des deux côtés, pour éviter la récidive.

M. **Gaudier** est du même avis. C'est ainsi qu'il a poussé la décortication jusqu'à l'os, dans le cas présent.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'art de formuler semble consister, pour quelques thérapeutes, à aligner les corps chimiques aux terminologies les plus compliquées. Je trouve dans un vieux numéro du *Medical Record de New-York* une moquerie spirituelle de cette pratique (nº du 5 octobre 1895).

Il y a quelques années, écrit un médecin, je fus appelé près de Djoahnne Sdtleometezhlr. La confusion et la bizarrerie des symptômes me firent soupçonner d'abord qu'il avait avalé son propre nom ; mais un examen plus complet me convainquit

qu'il était atteint de typhomalariopneumophtisicotrichinotéta-noataxiophréticosphénite.

Etant donné l'ubiquité des bacilles pathogènes, les antiseptiques sont toujours indiqués et je prescrivis du betanaphtolal-phamonosulphonate de chaux combiné avec de la salicylaldéhy-deméthyphénylhydrazine. Contre l'insomnie je donnai du trichloraldéhydphényldiméthylpyrazolène.

En examinant mon malade le lendemain matin, je me convainquis que les forces vitales avaient contrarié l'action des médicaments, je fis immédiatement la prescription suivante :

Tétrahydrobetanaphtolamine	ãã
Thioparatoluidinesulphonate de soude	
Acide orthosulphamidobenzoïque anhydre ...	
Amidoacétoparaphénétidine	

Une cuillerée à thé toutes les heures §

A la lecture de cette ordonnance le pharmacien tomba frappé d'une congestion cérébrale. Depuis ce temps il a quelque chose de dérangé dans la circonvolution de Broca : il murmure une langue polysyllabique qui n'est intelligible qu'à un pharmacochimiste moderne. *(Correspondant médical).*

Un Homme rapiecé

Le Docteur ALBERT PITTIS, attaché au Muhlenberg Hospital de New-Jersey, vient de réussir une expérience de greffe humaine des plus audacieuses et absolument sans précédent dans les annales de la chirurgie.

Un de ses malades, WILLIAM FREDERICKS, avait été si gravement brûlé par tout le corps dans un accident de chemin de fer, qu'il se trouvait à la fois complètement défiguré et presque estropié des deux bras et des deux jambes. Seule, l'opération bien connue de la greffe pouvait le sauver.

Mais, il fallait pour cela une quantité considérable de chair vive, la reconstitution des parties mutilées devant comporter la transplantation de 3.800 morceaux ! Une annonce dans les journaux amena au Muhlenberg Hospital plus de 400 « sujets » volontaires. Elimination faite de ceux dont la peau n'était pas rigoureusement saine, il en resta 312, auxquels le docteur PITTIS découpa environ douze petits rectangles de chair à chacun qu'il greffa avec succès sur les diverses parties du corps de son malade.

Aujourd'hui, ce dernier parfaitement reconstitué et guéri, grâce au concours de plus de trois cents de ses concitoyens, peut se dire, et se dit, en effet, l'homme le plus rapiécé qui soit au monde : un record que personne ne lui contestera !

Nous donnons cette histoire absolument américaine à titre de curiosité. *Si non e Vero...*

(Sciences medicales).

La clef des songes appliquée à l'urologie

M. Camille VIEILLARD donne dans la *France médicale* quelques indications sur l'art d'interpréter les rêves relatifs à l'urine.

Si vous souffrez de quelque peine et que vous rêviez que vous soulagez votre vessie, vous serez délivré de vos ennuis. Si c'est un homme riche qui ait fait un semblable songe, c'est signe qu'il dépensera une partie de son bien en largesses avec des femmes de mauvaise vie, et cela d'autant plus qu'il aura émis plus d'urine.

Si quelqu'un songe qu'il urine dans un vase et que le vase soit à lui, c'est qu'il va procréer des enfants avec son épouse ; si le vase n'est pas à lui, c'est avec une autre femme.

Si quelqu'un rêve qu'il pisse du sang et que le sang se répande à terre, il fera de grandes dépenses pour des femmes et il en aura une grande joie. En effet, la terre s'interprète par la femme dans les songes.

Si quelqu'un enfin rêve qu'il boit de son urine, c'est signe qu'il dépensera beaucoup de son avoir, mais qu'il récupérera à nouveau ce qu'il avait dépensé.

Vous pourrez vérifier à l'occasion la vérité de ces pronostics.

(Médecine moderne).

Médiums Rhumatisants

De temps à autre on reparle d'esprit frappeurs. Des bruits étranges terrifient une maison. Ils ne sont pas imaginaires, des savants de tous pays en on constaté l'existence ; mais, en ce qui concerne leur origine, ils n'ont pas été de l'avis du vulgaire.

Certains médiums produiraient cette musique étrange, en frottant leur tibia contre l'extrémité inférieure du fémur. Le Dr AUSTIN FLINT prit en flagrant délit les demoiselles Tox, médiums à Chicago.

D'autres médecins ont surpris l'origine du bruit dans l'articulation de la hanche ou celle de l'épaule (Velpeau). La rotation volontaire de la colonne vertébrale donne un bruit cabalistique de tournebroche (Cloquet). On peut encore exécuter une musique étrange et variée au moyen du tendon du long péronier latéral. SCHIFF, de Genève, était arrivé à exécuter de véritables airs, voire la *Marseillaise*, et produisait son talent dans tous les Congrès. Le bruit était d'autant plus intense que le pied était plus tendu et mieux fixé ; en posant sa main sur cet instrument musical, on sentait le tendon se déplacer dans sa gaîne et frotter la malléole.

Pour être bon médium, il faudrait donc, avant tout, être pourvu de rhumatisme chronique.

(Journal d'accouchements).

Les mangeurs de « Cordite », le nouvel explosif.

Les autorités militaires anglaises viennent de découvrir l'existence d'un véritable fleau importé d'Afrique par les troupes qui ont fait la guerre du Transvaal.

Il s'agit de l'absorption de la cordite. Jusqu'alors, personne ne s'était avisé de goûter à un explosif. Or, il paraît que les soldats anglais ont trouvé que la cordite avait une saveur particulièrement agréable et, ce qui plus est, dépassait, en

effet, le narcotique et le stimulant le plus violent. On sait que la corbite se compose de 58 parties de nitro-glycérine, de 37 parties de fulmi-coton et de 5 parties de composés minéraux ; chaque cartouche contient 60 grains de cordite. Lorsque le médecin-major JENNINGS apprit que les soldats mangeaient de cette matière, il voulut se rendre personnellement compte de son action. Il lui trouva une saveur douce, un tantinet acide, mais assez bonne ; cependant, au bout de quelque temps, il ressentit le plus douloureux mal de tête qu'il ait eu dans sa vie ; ses souffrances durèrent trente-six heures.

Dissoute dans le thé, la cordite excite immédiatement le système nerveux et provoque des accès de gaieté ou des crises « démoniaques ». Il paraît même que l'on éprouve au cours de ces crises un intense besoin de parler fort, de discourir à perte de vue. Cet état fait bientôt place à une somnolence, à une sorte de stupeur, qui peut durer, suivant la dose absorbée, de cinq à onze heures. (*Sciences médicales*).

MOTS DE LA FIN

Une femme, atteinte de fracture du radius, consolidée vicieusement, énumère les divers traitements que lui a fait subir un rebouteur.

— Mais vous n'avez donc pas consulté un médecin ? lui dit l'interne.

— Oh ! si, monsieur ; j'en ai été voir un, lorsque j'ai voulu mon certificat.

(*Lyon médical*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Aucune fin de non-recevoir, fondée sur ce qu'il ne produit pas un carnet de visites régulièrement tenu ne peut être opposée à un médecin demandeur en paiement de ses honoraires, du moment où il produit un état détaillé et justifie sa demande par d'autres documents et notamment par des correspondances.

(Paris, 5 mai 1903.)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **VIIe Congrès international d'otologie** se réunira à Bordeaux du 1er au 4 août 1904, sous le patronage de M. le Ministre de l'Instruction publique. Les langues officielles du Congrès seront le français, l'anglais, l'allemand et l'italien. Un musée d'instruments ainsi que de pièces anatomiques et pathologiques concernant les maladies de l'oreille, des fosses nasales et du naso-pharynx sera organisé pendant le Congrès.

Les rapports suivants ont été mis à l'ordre du jour : 1° *Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique*. Rapporteurs : MM. POLITZER, GRADENIGO, DELSAUX ; 2° *Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe*. Rapporteurs : MM. BRIEGER, VON STEIN, DUNDAS GRANT ; 3° *Technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène*. Rapporteurs : MM. KNAPP, SCHMIEGELOW, BOTEY.

La souscription, qui donnera droit à un exemplaire des comptes rendus est fixée à 25 francs ; elle doit être payée au trésorier, M. le docteur LANNOIS, rue Emile Zola, Lyon.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Par arrêtés rectoraux du 18 décembre 1903 : 1° M. le docteur BÉDART, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est chargé pour l'année scolaire 1903-1904 du cours complémentaire d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires de l'enseignement dentaire créé à la dite Faculté ; 2° M. le docteur CAUMARTIN, chirurgien-dentiste, ancien interne des hôpitaux de Lille, est nommé directeur de clinique dentaire et de travaux pratiques de l'enseignement dentaire.

Les cours, cliniques et travaux pratiques de l'**enseignement dentaire** commenceront au reste, une fois les congés du jour de l'an passés.

— Le jury du **concours d'agrégation** (section de médecine) a commencé ses travaux. L'un des candidats lillois, M. le docteur INGELRANS, a déjà subi la première épreuve, la leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation de notre compatriote, avait pour sujet le *Zona*. Le même jour, vendredi 18, M. HOCHE (de Nancy) avait traité de l'*érysipèle de la face* ; M. MILIAN (de Paris) de la *compression médullaire*.

— Pour l'année 1904, la répartition des internes et des externes dans les différents services d'enseignement et administratifs des hôpitaux de Lille a été arrêtée, ainsi qu'il suit, par la **Commission administrative des hospices**.

Hôpital Saint-Sauveur. — Clinique chirurgicale : professeur, M. FOLET ; internes, MM. DANCOURT, CRÉTAL ; externes, MM. VASSEUR, DERNONCOURT, CANNAC, BERNARD, TRAMBLIN, CHENELY. — Clinique médicale : professeur, M. LEMOINE ; internes, MM. GELLÉ, LEQUETTE ; externes, MM. POLLET, MARLIER, DECOUSSER, BRASSEUR, BUTRUILLE (Achille) ; interne provisoire, M. DESWARTE. — Clinique dermato-syphiligraphie : professeur, M. CHARMEIL ; interne M. TACONNET ; externes, FIATTE, LECLERCQ, HOCQUETTE, DESCAMPS, PATOU. — Clinique des maladies des voies urinaires : professeur, M. CARLIER ; interne, M. PETIT ; externes, MM. FAIDHERBE, GAEHLINGER, DENIZARD, AMMEUX. — Clinique chirurgicale des enfants : professeur agrégé, M. GAUDIER ; interne, M. DEBEYRE ; externes, MM. BOCQUILLON, RICHE, LEMOINE, DEBLOCK. — Clinique médicale des enfants : professeur-agrégé, M. CARRIÈRE ; interne, M. CHANCEL ; externes, MM. LEGRAND, PINCHART, BUTRUILLE (Paul). — Clinique ophtalmologique : professeur, M. BAUDRY ; externes, MM. BOULY, MARSY, CARLIER. — Consultation de laryngologie : chef de service, M. GAUDIER ; externes, MM. BOURET,

Dubois (René). — Pavillon Saint-Côme (filles publiques) : chef de service, M. Bertin ; externe, M. Lhôte.

Hôpital de la Charité. — Clinique chirurgicale : professeur, M. Dubar ; internes, MM. Descarpentries, Looten, externes, MM. Vantourout, Verhaeghe, Gosselin, Beun, Blond, Ruyssen. — Clinique médicale : professeur, M. Combemale; interne, M. de Chabert ; externes, MM. Arquembourg, Dannel, Carrette, Minet, Castiaux ; interne provisoire, M. Ponthieu. — Clinique obstétricale : professeur, M. Gaulard ; internes, MM. Leroy, Caudron ; externe, M. Quesnay. — Pavillons Olivier : chefs de service, MM. Dubar et Combemale ; internes. MM. Gugelot et Dubois (Clodomir) ; externes, MM. Brohan, Michel.

Récompenses académiques

Sur la liste des récompenses décernées, dans la dernière séance, par l'Académie de médecine, nous relevons les suivantes qui intéressent notre région :

Prix Barbier. — Un encouragement de 800 francs est accordé à M. le docteur Baroux (d'Armentières) pour un mémoire sur l'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche.

Prix Alvarenga. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Vanverts (de Lille) pour un travail sur la torsion du cordon spermatique.

Service des épidémies. — M. le docteur Reumaux (de Dunkerque), obtient une *médaille d'argent* ; M. le docteur Decouvelaere (d'Hazebrouck), une *médaille de bronze.*

Service de l'hygiène de l'enfance. — Des *médailles de vermeil* sont attribuées à MM. le docteur Eustache (de Lille) ; E. Carlier, inspecteur départemental des enfants assistés (d'Arras).

Service de la vaccine. — Des *médailles de vermeil* sont accordées à MM. les docteurs Deléarde et Oui (de Lille) ; à M. Guérin, vétérinaire (de Lille). — MM. les docteurs Blanquinque (de Laon), Boulogne (de Courrières), Verdière (de Bertincourt), obtiennent des *médailles d'argent* ; MM. les docteurs Delavalle (de Sailly-sur-la-Lys) et Lequette (de Liévin), un *rappel de médaille d'argent.*

Comité central de vaccine du département du Nord

Par arrêté préfectoral, une *médaille d'argent de 1re classe* est accordée à M. le docteur Derville (de Roubaix), pour les opérations vaccinales qu'il a pratiquées au cours de l'année 1903.

Soutenance de Thèse

M. A.-E. Brunel, de Cambrai (Nord), a soutenu, avec succès, le samedi 19 décembre 1903, sa thèse de doctorat (7e série, no 6), intitulée : **Recherches expérimentales sur les greffes intestinales.**

UNIVERSITÉS DE PARIS ET DE PROVINCE

Paris. — M. le docteur Gosset, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1903-1904, d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

— M. le docteur Cestan est nommé chef des travaux d'anatomie pathologigue des maladies du système nerveux (à la Salpêtrière).

Nantes. — M. le docteur Monnier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Caen. — M. le docteur Auvray, professeur de clinique interne, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er janvier 1904.

Distinctions Honorifiques

Mérite agricole. — Est nommé *Chevalier* : M. le docteur Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— La **médaille d'honneur de l'Assistance publique** a été décernée au docteur Le Coin pour services exceptionnels.

— **Médailles des épidémies.** — Ont été décernées : la *médaille d'argent* à MM. les docteurs Guiol, d'Hyères (Var) ; Vincenty, d'Avignon (Vaucluse) ; Caurant, médecin sanitaire maritime ; Thiroux, de Tananarive ; Rasviel, de Majunga ; Auber, de Saint-Denis (La Réunion) ; Heusch, aide-major des troupes coloniales. La *médaille de bronze* à MM. les docteurs Rossi, d'Embrun (Hautes-Alpes) : Capoulade et Alaux, d'Espalion (Aveyron) ; Gaignerot, de Bordeaux. Une *mention honorable* à M. le docteur Meslay, de Majunga. La *médaille de bronze* a aussi été décernée à M. Florion, interne à Rouen ; à Madame Volqueman, sœur Candide, à Cambrai.

Etablissements de Bienfaisance

Hospices de Bordeaux. — Ont été nommés, après concours, médecins-adjoints des hôpitaux MM. les docteurs Abadie et Carles.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer, à nos lecteurs, la mort de MM. les docteurs Dubacquié, de Bazas (Gironde) ; Chachereau, de Nantes (Loire-Inférieure) ; d'Auzillon, de Quissac (Gard) ; Hème de Lacotte, des Créneaux (Indre-et-Loire) ; Bourmaret, de Lévignac (Haute-Garonne) ; Lecointre, de Mirebeau (Vienne) ; Menard, de Paris.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

LES APPLICATIONS DE L'IODALOSE

L'iodalose, Iode physiologique, soluble, assimilable, est une solution concentrée et titrée de Peptoniode, corps chimique parfaitement défini et stable ; et c'est M. E. Galbrun qui, le premier en France (1894-1896), obtint ce produit par la combinaison directe et complète de l'Iode avec la Peptone pure de viande.

Par son état physiologique, l'Iode de l'Iodalose est comparable à celui des composés iodés qui se rencontrent dans l'organisme en particulier dans le corps thyroïde et dans le sang. Le praticien connaît tout l'avantage qu'il y a en thérapeutique, lorsqu'il s'agit d'employer un médicament, de pouvoir l'administrer sous une forme qui rappelle la combinaison physiologique de ce produit dans les humeurs de l'organisme : l'action du médicament se trouve, de ce fait, singulièrement renforcée.

Complètement assimilable, ce nouveau composé iodé passe dans la circulation sans subir de décomposition en présence des sucs de la digestion, et conserve toutes ses propriétés, soit qu'on l'administre pour rétablir la quantité normale d'Iode dans

l'économie, soit qu'on l'emploie comme spécifique de certaines maladies.

Les expériences, poursuivies depuis plus de six années dans les Hôpitaux, ont montré la grande efficacité de l'Iodalose qui, à dose égale d'Iode ingéré, a été reconnue environ vingt fois plus active que l'Iode ou les iodures alcalins : vingt gouttes d'Iodalose contiennent quatre centigrammes d'Iode physiologique et agissent comme un gramme d'Iodure alcalin. Aussi cette puissante action de l'Iodalose permet d'obtenir un grand effet thérapeutique avec une faible dose d'Iode.

Ce médicament est un vaso-dilatateur énergique : il active la nutrition et les échanges de l'organisme, et facilite l'élimination des déchets en accélérant la fonction des organes qui en sont chargés. Toujours parfaitement toléré, entièrement assimilé et rapidement éliminé, il ne donne pas d'accidents d'Iodisme. Il trouve son indication dans tous les traitements où l'Iode et les Iodures sont employés, et tout particulièrement chez les malades qui ne peuvent les supporter..

L'Iodalose n'est nullement toxique, et voici pour les diverses affections les doses moyennes prises dans les 24 heures qui nous ont toujours donné les meilleurs résultats : Artério sclérose, angine de poitrine, maladies du cœur et des vaisseaux, asthme et emphysème, néphrite interstitielle, cirrhose hépatique : de vingt à quarante gouttes. — Obésité, goître et affections glandulaires : de vingt à cinquante gouttes pour les adultes, de cinq à vingt gouttes pour les enfants. — Rachitisme et scrofule des enfants : de cinq à vingt gouttes, suivant l'âge. — Rhumatisme et goutte chroniques : de vingt à cinquante gouttes pour les adultes. — Bronchite subaiguë et chronique : de vingt à trente gouttes pour les adultes, de cinq à quinze gouttes pour les enfants. — Syphilis : doses croissantes et variables suivant la période, pouvant aller jusqu'à cent et cent cinquante gouttes, sans préjudice du traitement mercuriel. — Comme tonique et fortifiant chez les lymphatiques : cinq à dix gouttes pour les adultes, et deux à cinq gouttes pour les enfants. C'est aussi le meilleur succédané de l'huile de foie de morue souvent mal tolérée par les malades.

L'Iodalose se prend pendant ou immédiatement après les repas, à la dose indiquée, dans un peu d'eau pure ou sucrée.

BIBLIOGRAPHIE

La Médication surrénale, par les Drs OPPENHEIM et M. LŒPER, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 80 pages, cartonné : 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Lorsque BROWN-SÉQUARD et après lui ABELOUS, LANGLOIS, THIROLOIX, etc., mirent en évidence les troubles déterminés par l'ablation ou la destruction des glandes surrénales, ils démontrèrent du même coup le rôle essentiel joué dans l'organisme animal par les capsules et l'existence certaine d'une sécrétion capsulaire.

Mais, comme pour toutes les glandes vasculaires, la sécrétion surrénale n'entra dans la phase véritablement physiologique que le jour où l'on étudia les effets de l'introduction dans l'organisme du suc extrait des capsules surrénales.

Dans un nouveau volume de la collection des *Actualités médicales*, MM. OPPENHEIM et LŒPER étudient successivement :

Les extraits capsulaires dans la médecine expérimentale.

La Posologie (glande fraîche, extraits surréneux, adrénaline).

La Médication cardio-tonique.

La Médication hémostatique et antiphlogistique.

La Médication anesthésique.

La Médication surrénale dans les maladies nerveuses et les maladies de la nutrition.

La Médication surrénale dans les maladies infectieuses et dans les intoxications.

La Médication surrénale dans la maladie d'Addison.

Précis de dissection des régions, par le Dr Jules REGNAULT, prosecteur à l'Ecole de médecine de Toulouse. 1 volume grand in-8 de 176 pages, avec 50 planches, imprimés en couleurs : 5 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'étudiant qui, le scalpel à la main, commence à explorer les régions anatomiques, a besoin d'un manuel qu'il puisse constamment consulter, d'un guide qui indique la marche à suivre, les incisions à faire, les éléments à isoler pour une préparation anatomique.

Dans la plupart des livres classiques d'anatomie descriptive ou topographique les plus récents, les auteurs ne donnent pas de conseils sur la façon de disséquer. Chargé d'enseigner, pendant deux ans, l'anatomie élémentaire et l'art de disséquer aux élèves de l'Ecole de médecine navale de Toulon, de les guider dans leurs travaux de dissection, d'examiner leurs préparations. M. Regault a noté les points qui demandaient à être éclaircis.

Dans l'exposé de la préparation de chaque région, M. Regnault a intercalé des tableaux synoptiques destinés à rappeler à l'élève la disposition des vaisseaux et nerfs qu'il doit rencontrer.

Il a exposé successivement la préparation des régions de la tête, du cou, des membres et du tronc.

Cinquante planches dessinées d'après nature sous les yeux de l'auteur viennent éclairer son texte; les artères ont été coloriées en rouge et les veines en bleu pour que ces vaisseaux se distinguent plus facilement au milieu des multiples détails du dessin.

Ce livre rendra plus facile aux étudiants la préparation et l'étude des régions et contribuera par ce fait même, à développer chez eux le goût de la dissection et de l'anatomie topographique.

Le vin au point de vue médical, sa composition chimique, ses propriétés thérapeutiques, ses indications et ses contre-indications dans le traitement des maladies, par le Dr E. MAURIAC, Lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique. Broch. in-8. Paris, 1903. Octave Doin, Editeur, 8, place de l'Odéon; Bordeaux, Feret et fils, 15, cours de l'Intendance. Prix : 1 franc.

Les nerfs du cœur chez les tabétiques *(étude clinique et anatomo-pathologique)*, par le docteur Jean HEITZ. Thèse de Paris, 1903.

La première partie de la thèse donne un exposé de l'état actuel des connaissances sur le plexus cardiaque : anatomie, histologie, organisation des neurones dans le pneumogastrique, le sympathique, le plexus proprement dit. A la physiologie, l'auteur a spécialement approfondi la question de la sensibilité cardiaque et du trajet des fibres sensitives, ainsi que celle de l'influence trophique du plexus sur l'aorte et le myocarde.

La seconde partie résume et complète tout ce qui a été écrit sur la siméiologie cardiaque des tabétiques : l'aortite avec sa marche chronique et latente, la tachycardie les douleurs fulgurantes cardiaques et l'angor tabétique. Viennent ensuite les résultats de l'examen histologique des pneumogastrique, sympathique et plexus cardiaque, examen pratiqué dans les laboratoires du professeur Déjerine et du docteur P. Merklen. Dans la majorité des cas, il existe une grande raréfaction des fibres à myéline dans les filets du plexus, lésion en rapport étroit avec les altérations des racines postérieures du renflement cervical et de même ordre que la lésion constatée il y a quelques années par J.-Th. Roux dans les cordons sympathiques.

Il n'y a aucune espèce de relation entre ces lésions du plexus et l'aortite tabétique. Celle-ci n'est donc pas un trouble trophique, et, comme l'avait vu BOUVERET, elle doit être considérée comme de nature syphilitique. Mais la latence singulière de ces aortites s'explique parfaitement par la lésion des fibres sensitives du plexus cardiaque. Dans les cas de syndrome de BABINSKY, le malade souffre du cœur, parce que le tabes, resté fruste, a à peine touché les nerfs cardiaques.

Les pneumogastriques sont altérés dans environ un quart de cas des tabes ; ces lésions se traduisent par des troubles laryngées, de la tachycardie à 120-150, et dans certains cas par un ralentissement extrême de la respiration. Cependant toutes les tachycardies des tabétiques ne semblent pas être sous la dépendance des altérations des vagues.

Statistique de l'Office sanitaire de Lille
49e et 50e Semaines, du 29 Novembre au 6 Décembre 1903

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	20	10
3 mois à un an	12	5
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	4	3
5 à 10 ans	5	1
10 à 20 ans	»	5
20 à 40 ans	8	11
40 à 60 ans	13	13
60 à 80 ans	21	22
80 ans et au-dessus	5	6
Total	90	78

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Variole	Rougeole	Scarlatine	Fièvre typhoïde	Croup et diphtérie	Coqueluche	Autres	Apoplexie cérébrale	Bronchite et pneumonie	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Phthisie pulmonaire	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	2	1	1	»	»	3	»	»	»	»	»	9	18	19
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	1	1	»	»	1	5	1	1	»	»	2	»	»	»	»	»	9	21	19
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	3	2	6	»	»	»	»	»	»	»	»	9	21	26
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	3	1	5	»	»	3	»	»	1	»	»	9	15	51
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	7	11	22
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	2	4	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	12	23	15
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	4	20
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	»	1	»	»	»	»	2	8	12
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	4	2	»	»	»	8	1	»	»	»	»	11	26	42
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	2	5	6
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	6	15
Total	»	»	»	3	1	1	1	6	23	11	18	»	»	24	2	»	1	»	»	77	178	247

N° 362. Septième Année. N° 53. Le Numéro : **10** centimes 27 Décembre 1903

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Bilan du phosphore et de l'azote dans l'alimentation par le pain complet et par le pain blanc

par MM.

H. Surmont Professeur à la faculté. et **M. Dehon** Licencié ès-sciences.

Dans le but de rechercher quels avantages il peut y avoir, à différents points de vue, à faire usage d'une variété de pain complet *particulièrement bien préparé* que l'on trouve, depuis deux ans environ, dans la région du Nord, nous avons établi, d'abord, quelle valeur, au point de vue de la nutrition générale, présente la consommation de ce pain très riche en éléments minéraux (phosphore surtout) et en azote.

Pour cela, nous avons abordé le problème par son côté le plus simple, au point de vue expérimental, en dosant le phosphore et l'azote à l'entrée et à la sortie, chez des sujets sains nourris comparativement, tantôt avec le pain complet, tantôt avec du pain blanc.

Deux sujets ont reçu, pendant 24 heures, une alimentation composée exclusivement : soit de l'un, soit de l'autre pain, et d'eau distillée. Cette alimentation, quoiqu'elle s'éloigne de l'utilisation habituelle du pain, a l'avantage d'établir, d'une façon précise, le point de départ physiologique nécessaire à une étude ultérieure, complète, de la question, dans les diverses conditions normales de l'alimentation.

Pour la récolte de l'urine, les sujets vidaient leur vessie au moment de leur première ingestion de pain et recueillaient toute l'urine émise jusqu'au premier repas normal : c'est-à-dire pendant toute la durée de l'expérience et pendant les dix heures de jeûne qui suivaient le dernier repas au pain.

Pour faciliter la récolte des fèces correspondant à l'alimentation panaire exclusive, celle-ci a été précédée et suivie d'un jeûne de dix heures au moins ; et, les repas précédant et suivant l'expérience composés uniquement d'aliments blancs : lait en petite quantité, viande blanche, pâtes alimentaires. En même temps que leurs repas de pain, les sujets prenaient, délayé dans l'eau, une certaine quantité de charbon officinal : (1) 20 grammes au total, pour la durée de chaque expérience.

Le dosage du phosphore fécal a été effectué par la méthode recommandée par LOEWI, que le professeur LAMBLING nous a obligeamment indiquée.

(1) Bien entendu, on s'est assuré que le charbon utilisé ne contenait pas trace de phosphore.

Celui du phosphore urinaire, par précipitation à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien et pesée.

L'azote urinaire et l'azote fécal ont été évalués par le procédé KJELDHAL-ARGUTINSKI.

Le tableau suivant résume le détail de nos expériences, en ce qui concerne le bilan du phosphore :

Tableau I. — Bilan du phosphore

	SUJET I		SUJET II	
	Pain blanc	Pain compl.	Pain blanc	Pain compl.
Poids du pain ingéré pendant l'expérience	680 gr.	605 gr.	950 gr.	950 gr.
Poids des fèces correspondant au pain ingéré	110 gr.	218 gr.	197 gr	395 gr
Volumes des urines éliminées pendant l'expérience	1395 c.c.	1050 c.c.	590 c.c.	610 c.c.
Poids de P^2O^5 dans 100 gr. de pain	0 gr. 214	1 gr. 061	0 gr. 199	0 gr. 997
Poids total de P^2O^5 ingéré pendant l'expérience	1 gr. 455	6 gr. 419	1 gr. 990	9 gr. 471
Poids de P^2O^5 urinaire par litre	1 gr. 332	5 gr. 015	2 gr. 572	10 gr. 529
Poids total de P^2O^5 urinaire éliminé pendant l'expérience	1 gr. 859	5 gr. 265	1 gr. 517	6 gr. 422
Poids de P^2O^5 dans 100 gr. de fèces	0 gr. 885	1 gr. 231	0 gr. 567	0 gr. 925
Poids total de P^2O^5 fécal correspondant au pain ingéré	0 gr. 930	2 gr. 683	1 gr. 118	3 gr. 657
Poids total de P^2O^5 fécal et urinaire éliminé pendant l'expérience	2 gr. 789	7 gr. 948	2 gr. 635	10 gr. 079
Bilan — P^2O^5 de sortie	2 gr. 789	7 gr. 948	2 gr. 635	10 gr. 079
Bilan — P^2O^5 d'entrée	1 gr. 455	6 gr. 419	1 gr. 990	9 gr. 471
Bilan — Excédent de sortie	1 gr. 334	1 gr. 529	0 gr. 645	0 gr. 608

Le premier point qui ressort du tableau I est la richesse en phosphore du pain complet, richesse qui est cinq fois plus grande que celle du pain blanc.

En second lieu, il suffit de se reporter au chiffre du phosphore urinaire, pour se convaincre que le phosphore du pain complet est *absorbable*, c'est-à-dire, passe dans la circulation. On ne peut évidemment assurer que cette portion de phosphore est utilisée par l'organisme ; mais, enfin, elle passe dans le torrent circulatoire et rien ne prouve dans ces recherches, qu'elle soit directement expulsée par le rein.

Il y a plus, cet élément paraît *plus absorbable* que celui que contient le pain blanc ordinaire : car le *déchet fécal*, chez nos deux sujets, *est moindre avec le pain complet qu'avec le pain blanc*. Chez le sujet I, par exemple, sur 1 gr. de P^2O^5 ingéré, on retrouve 0gr.63 dans les selles avec le pain blanc et 0 gr. 41 avec le pain complet. Chez le sujet II, 0 gr. 56 avec le pain blanc et 0 gr. 30 avec le pain complet.

Ainsi donc, le pain complet introduit dans l'économie une quantité notable de phosphore et ce dernier est *absorbé*.

Pour tâcher d'évaluer cette *absorption*, nous pouvons considérer comme phosphore absorbé, celui qui est représenté par le chiffre obtenu en soustrayant du phosphore ingéré le phosphore fécal. Dans ce calcul, il y a une erreur due à ce qu'il nous est impossible d'estimer le phosphore d'élimination intestinale, si cette élimination existe avec ce genre d'alimentation : et surtout cette erreur fait que *l'absorption réelle* est *supérieure* au chiffre que nous obtenons.

Les chiffres d'absorption, ainsi obtenus, sont, pour le sujet I : pain blanc. 0 gr. 525 ; pain complet : 5 gr. 726 ; pour le sujet II : pain blanc : 0 gr. 872 ; pain complet : 5 gr. 814. Si nous nous rappelons que le pain complet contient 5 fois plus de phosphore que le pain blanc ordinaire, et, si nous considérons le bilan du sujet II, qui a mangé poids égal des deux pains, nous voyons que ce sujet a absorbé sept fois plus de phosphore avec le pain complet. Nous arrivons ainsi à nous convaincre qu'avec ce dernier, l'absorption du phosphore se fait mieux : ce qui confirme la conclusion du paragraphe précédent.

Nous limitons volontairement, ici, les déductions que nous voulons tirer aujourd'hui de nos expériences : nous nous réservons d'utiliser ultérieurement les renseignements qu'elles comportent, au point de vue de l'influence du pain blanc et du pain complet sur la nutrition phosphorée, en les comparant avec d'autres recherches en cours d'exécution et spécialement en vue de l'étude de ce point important.

De même pour le bilan de l'azote, nous ne tirerons pas de conclusions de nos expériences, au point de vue de la nutrition générale, car nos sujets n'avaient pas été mis, avant l'expérience, en état d'équilibre azoté.

Tableau II. — Bilan de l'azote

	SUJET I		SUJET II	
	Pain blanc	Pain compl.	Pain blanc	Pain compl.
Poids du pain ingéré pendant l'expérience	680 gr.	605 gr.	950 gr.	950 gr.
Poids des fèces correspondant au pain ingéré	110 gr.	218 gr.	197 gr.	395 gr.
Volume des urines éliminées pendant l'expérience	1395 c.c.	1050 c.c.	590 c.c.	610 c.c.
Poids de l'azote dans 100 grammes de pain	1 gr. 229	1 gr. 974	1 gr. 257	1 gr. 919
Poids total de l'azote ingéré pendant l'expérience	8 gr. 357	11 gr. 942	11 gr. 941	18 gr. 230
Poids de l'azote urinaire par litre	5 gr. 082	10 gr. 900	20 gr. 560	20 gr. 400
Poids total de l'azote urinaire éliminé pendant l'expérience	7 gr. 089	11 gr. 445	12 gr. 130	12 gr. 440
Poids de l'azote dans 100 grammes de fèces	1 gr. 430	1 gr. 440	1 gr. 947	1 gr. 777
Poids total de l'azote fécal correspondant au pain ingéré	1 gr. 573	2 gr. 485	3 gr. 835	7 gr. 021

Poids total de l'azote fécal et urinaire éliminé pendant l'expérience		8 gr. 662	13 gr. 930	15 gr 965	19 gr. 461
Bilan	Azote de sortie	8 gr. 662	13 gr. 930	15 gr 965	19 gr. 461
	Azote d'entrée	8 gr. 357	11 gr. 942	11 gr. 941	18 gr. 230
	Excédent de sortie	0 gr. 305	0 gr. 9 8	4 gr. 024	1 gr. 231

Un premier point est à noter dans le tableau II précédent : c'est la richesse en azote du pain complet. On peut dire que ce dernier contient moitié d'azote, en plus, que le pain blanc : 19 décigrammes contre 12, pour 100 grammes, dans les deux échantillons que nous avons analysés. Cette différence, beaucoup moindre que pour le phosphore, est également en faveur du pain complet.

Cet azote est, en partie, absorbé, car l'azote urinaire augmente après ingestion de ce pain ; on le voit bien chez le sujet I, où, avec une ingestion, en plus, de 3 gr. 585 d'azote panaire, l'azote urinaire augmente de 4 gr. 356 (1).

Chez nos sujets, avec le pain blanc comme avec le pain complet, une partie de l'azote ingéré n'est pas absorbée : en effet, si l'on fait le rapport de l'azote fécal à l'azote ingéré, on trouve que, pour 1 gr. d'azote ingéré, il existe dans les selles :

Sujet I		Sujet II	
Pain blanc	0 gr. 180	Pain blanc	0 gr. 321
Pain complet	0 gr. 208	Pain complet	0 gr. 385

Dans les deux cas, l'utilisation de l'azote n'est pas beaucoup moins bonne avec le pain complet qu'avec le pain blanc ; et c'est là un point important, le déchet azoté fécal étant, d'ordinaire, beaucoup plus important avec le pain complet qu'avec le pain blanc (2). Ce résultat tient, croyons-nous, en grande partie, au mode de préparation du pain complet que nous avons étudié et, particulièrement, au procédé de mouture du grain, qui donne une farine très fine, contenant 99 % des éléments du grain de blé.

Nous ne tirerons de nos expériences que les conclusions suivantes :

Le pain complet étudié par nous contient cinq fois plus de phosphore que le pain blanc ordinaire.

Il contient moitié en plus d'azote.

Le phosphore de ce pain complet est mieux absorbé que le phosphore du pain blanc.

L'azote de ce pain complet est absorbé aussi bien que l'azote du pain blanc.

(1) Par contre, chez le sujet II, avec une ingestion, en plus, de 6 gr. 269 d'azote, on ne retrouve, à la sortie urinaire, que 0 gr 310 d'azote en plus ; ce qui prouve qu'il y a des limites à l'absorption azotée, car l'ingestion d'azote était la même avec le pain blanc chez le sujet II qu'avec le pain complet chez le sujet I.

(2) On peut s'en convaincre, par exemple, à la lecture des expériences de PAGLIANI, sur un pain qu'il considère comme réalisant un très grand progrès dans cet ordre d'idées.

Dans les conditions ordinaires de la pratique médicale, c'est-à-dire chez des individus dont la ration azotée est suffisante, le pain complet doit être considéré, au point de vue diététique comme au point de vue thérapeutique, bien plus comme un moyen d'augmenter la ration phosphorée que comme un moyen d'augmenter la ration azotée (1).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Etude Médico-Légale sur les Traumatismes de l'œil et de ses annexes, par S. BAUDRY, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Lille, troisième édition considérablement augmentée.

La troisième édition du livre de M. le professeur BAUDRY constitue un exposé succinct, mais très complet des lésions traumatiques de l'œil et de ses annexes, envisagées surtout au point de vue de leur pronostic.

En effet l'auteur a eu pour but d'être utile au médecin appelé à se prononcer sur une blessure de l'appareil de la vision et il y a pleinement réussi. Il a résumé dans cette œuvre d'ensemble tous les renseignements qui faciliteront la tâche de l'expert et le guideront dans l'appréciation du préjudice causé par la blessure, ou dans l'évolution de la diminution de la valeur professionnelle.

A ce titre ce livre intéresse non seulement l'oculiste, mais encore tout médecin qui peut, à chaque instant, être appelé à donner son avis sur la gravité et les conséquences d'une blessure de l'œil.

Dans les deux premières parties, M. Baudry a étudié les lésions traumatiques des annexes de l'œil et des différentes parties du globe oculaire, puis les lésions complexes qui peuvent intéresser l'ensemble de l'œil.

La troisième partie traite d'abord des affections oculaires provoquées ou entretenues, puis il aborde la question si importante des affections oculaires simulées. L'auteur fait ici une revue très complète de toutes les méthodes subjectives et objectives propres à déjouer la simulation de l'amblyopie et l'amaurose unilatérale ou bilatérale. Il décrit les divers appareils ingénieux qui ont été inventés dans ce but : nous devons signaler la modification apportée par lui à l'épreuve du prisme à l'aide de son appareil, qui permet de provoquer la diplopie monoculaire ou binoculaire, à l'insu du simulateur, même si celui-ci connait d'avance le mécanisme de l'appareil.

Enfin un dernier chapitre, qui n'est pas le moins original, traite de l'hystérotraumatisme oculaire et décrit les symptômes moteurs et visuels de l'œil hystérotraumatisé.

Dans ces divers chapitres, l'auteur mettant à profit sa longue expérience, a intercalé un certain nombre de rapports médico-légaux qu'il a été appelé à fournir au cours de ses expertises. Cette addition aide à la clarté de

(1) Nous supposons le tube digestif normal et laissons complètement de côté ici la question de la digestibilité du pain complet chez les dyspeptiques.

l'exposition et complète heureusement le caractère pratique et utile du livre.

L'ouvrage se termine par un chapitre, pour lequel M. Baudry a fait appel à la compétence de M. le professeur Jacquey, de la Faculté de droit. La marche à suivre dans l'examen médico-légal des blessés et dans l'expertise y est indiquée en matière criminelle, comme en matière civile.

Les dispositions nouvelles créées par la loi de 1898 sur les accidents du travail y sont passées en revue: l'orateur y montre le rôle du médecin dans l'évaluation de l'incapacité de travail causée par la lésion, et dans la fixation des indemnités pécuniaires qui sont dues en cas d'infirmité temporaire ou permanente, partielle ou totale. Des tableaux intéressants et des décisions de tribunaux sur ce sujet, complètent ce chapitre.

Telle est la troisième édition de l'ouvrage de M. Baudry. Les deux premières avaient été accueillies avec une faveur qu'attestent les traductions de la deuxième édition en italien et en anglais. Nul doute que pareil succès n'attende cette troisième édition qui, dans certaines de ses parties, est augmentée au point de constituer une œuvre presque entièrement nouvelle.

Dr E. Painblan.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **concours d'agrégation** se poursuit à Paris :

Le 19 décembre MM. Dalloux et Castaigne (Paris) ont traité le premier *les mélanodermies*, le second *les endocardites malignes*.

Le 21 décembre M. Macaigne (Paris), a traité du *diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire*, M. Cruchet (Bordeaux), des *méningites encéphaliques aiguës non tuberculeuses*, M. Sergent (Paris), de la *dégénerescence amyloïde*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Dans la liste des **récompenses** annuelles décernées par l'Académie des Sciences, nous relevons avec plaisir le nom de notre collaborateur M. Arthus, qui reçoit le prix Monthyon (physiologie) et l'une des médailles Berthelot (chimie).

MM. Ch. Monod et Vanverts obtiennent une mention avec une somme de 1.500 francs sur le prix Monthyon (médecine).

— Le lundi 21 Décembre s'est ouvert à Lille, devant un Jury composé de M. le professeur doyen Combemale, président, Folet, Dubar, Baudry, Lambret, Gaudier, le concours pour une place de chirurgien en chef et une place de chirurgien adjoint des **hospices d'Abbeville**, MM. les docteurs Chalochet et Douriez s'étaient fait inscrire dans les délais réglementaires.

A l'épreuve écrite, les candidats ont eu à traiter : *des Kystes du ligament large*. Restaient dans l'urne : *Complications chirurgicales de la lithiase biliaire ; tumeurs bénignes du sein ; hématocèle pelvienne ; mal de Pott cervical.*

A l'épreuve de médecine opératoire, les candidats ont eu à pratiquer une *désarticulation de* Lisfranc. A l'épreuve clinique, les malades proposés à l'examen étaient atteints l'un *d'ostéomyélite du radius*, l'autre *d'abcès du foie*. L'épreuve de consultation écrite comportait une *entorse du genou avec hémarthrose*, et une *trochantérite tuberculeuse*.

Le jury a classé en première ligne M. le docteur Chalochet, en seconde ligne M. le docteur Douriez. Tenant compte de l'excellence des épreuves et de la faible différence de points qu'ont obtenus les deux candidats, le jury a émis en outre le vœu qu'une seconde place de chirurgien en chef soit créée par la Commission administrative des hôpitaux d'Abbeville.

— Ont été promus dans le **cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale**, les médecins de notre région dont les noms suivent : au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve, M. le docteur Defaux, de Lille ; François, de Valenciennes. Au grade de médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale : MM. les docteurs : Blaire, d'Aubigy-en-Artois ; Duchateau, de Saint-Omer ; Deswarte, de Bailleul ; Gosse, d'Hergnies ; Couvreur, de Seclin ; Lecœuvre, de Nœux-les-Mines ; Vandersmeersh, de Landrecies ; Clouet, de Vimy.

Soutenances de Thèses

M. L. Bertrand, de Chemeny (Ardennes) a soutenu avec succès le jeudi 24 décembre sa thèse de doctorat (7e série, no 6), intitulé : **Contributions à l'étude du nervatabes périphérique d'origine alcoolique**.

MM. Maguin, de Lille (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès le jeudi 24 décembre 1903 sa thèse de doctorat (7e série, no 8), intitulée : **Emploi thérapeutique du bleu de méthylène dans les diarrhées**.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Lyon. — Sont nommés après concours M. le docteur Voron, chef de clinique d'accouchement ; M. le docteur Gounet, chef de clinique adjoint.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — M. le docteur Helme, de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Médailles des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée : la *médaille d'or* à M. le docteur Legrand, d'Alexandrie ; la *médaille d'argent* à MM. les docteurs Borel, médecin sanitaire ; Lamort, d'Hong-kong ; Potocki, de Paris ; la *médaille de bronze* à MM. les docteurs Darroux, de Mauvezin (Gers) ; Louart, de la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; Tissot, externe des hôpitaux de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Jardin, d'Auray (Morbihan) ; Courmailleau, de Sens (Yonne) ; Paret, médecin-major de 1re classe en retraite à Clermont-Ferrand ; Langlois, médecin principal de 2e classe ; Grisol, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales ; Kohn, de Paris ; Touvenaint, de Paris ; Spindler, de Ronchamp (Haute Saône) ; de Rochemure, de Largentière (Ardèche).

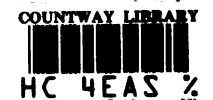
Blondeau, de Thumeries (Nord). Nous adressons à sa famille l'expression de nos bien sincères condoléances.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

NOTA : La pagination des numéros 331 et 332, 335 et 336 est la même ; nous marquons d'un astérisque (*) les pages qui ont été doublées.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.


COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAS %

